

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření vybraného zdravotnického zařízení

Financial Management of the Selected Health Facility

Student:

Bc. Monika Herrmannová

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2015

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Monika Herrmannová**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Téma: **Hospodaření vybraného zdravotnického zařízení**
Financial Management of the Selected Health Facility

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Postavení nemocničních zařízení v systému zdravotní péče
 3. Analýza hospodaření vybraného zdravotnického zařízení
 4. Zhodnocení hospodaření vybraného zdravotnického zařízení
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
POSPÍŠIL, Petr et al. *Právníkové osoby obcí a krajů*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. 262 s. ISBN 978-80-7357-982-1.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

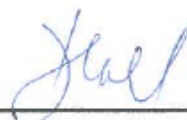
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 21.11.2014

Datum odevzdání: 25.04.2015



doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry

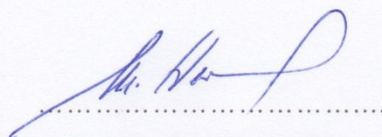


prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Místopřísežné prohlášení o samostatném vypracování diplomové práce

Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 22. 4. 2015

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' followed by a cursive 'H' and a large 'P'.

Bc. Monika Herrmannová

Obsah

Obsah.....	1
1 Úvod.....	3
2 Postavení nemocničních zařízení v systému zdravotní péče.....	6
2.1 Státní zdravotní politika	6
2.2 Poskytování zdravotních služeb v ČR po roce 1989	7
2.3 Zdravotní péče.....	10
2.3.1 <i>Subsystémy zdravotní péče</i>	11
2.3.2 <i>Organizace péče o zdraví</i>	12
2.3.3 <i>Financování zdravotní péče v ČR</i>	15
2.4 Funkce nemocnic ve zdravotnickém systému	18
2.4.1 <i>Základní struktura nemocnic</i>	19
2.4.2 <i>Komparace sítě nemocničních zařízení v roce 2004 a 2013</i>	20
2.5 Vybrané právní formy zdravotnických zařízení	21
3 Analýza hospodaření vybraného zdravotnického zařízení.....	27
3.1 Zdravotnictví Moravskoslezského kraje	27
3.2 Charakteristika Bílovecké nemocnice, a.s.....	28
3.3 Hospodaření Bílovecké nemocnice, a.s.....	30
3.3.1 <i>Provozně-ekonomické ukazatele Bílovecké nemocnice, a.s.</i>	31
3.3.2 <i>Analýza nákladů a výnosů Bílovecké nemocnice, a.s.</i>	34
3.3.3 <i>Poměrová finanční analýza Bílovecké nemocnice, a.s.</i>	39
4 Zhodnocení hospodaření vybraného zdravotnického zařízení	47
4.1 Zhodnocení provozně-ekonomických ukazatelů, návrhy a doporučení	47

4.2 Zhodnocení analýzy nákladů a výnosů, návrhy a doporučení	49
4.3 Zhodnocení poměrové finanční analýzy, návrhy a doporučení	50
4.4 Shrnutí návrhů a doporučení	54
5 Závěr.....	58
Seznam použité literatury.....	61
Seznam zkratek	66
Seznam tabulek	
Seznam grafů	
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	
Seznam příloh	
Přílohy	

1 Úvod

Zdraví je jednou ze základních součástí lidského života, jež je v Maslowově pětistupňové teorii pyramidy lidských potřeb uváděno hned na druhé místo po uspokojení fyziologických potřeb. Pro jedince má značný význam, neboť ovlivňuje kvalitu jeho života, má vliv na jeho postavení ve společnosti, na uplatnění na pracovním trhu a v důsledku ovlivňuje celý jeho život. Neméně důležité je zdraví obyvatel i pro celou společnost. Má výrazný dopad na výkonnost národní ekonomiky a tím i na hospodářskou prosperitu a sociální rozvoj společnosti. Je příkladem pozitivní externality, kdy užitek jednotlivce má kladný vliv na celou společnost, na vyšší produktivitu práce, vyšší konkurenceschopnost země a tím i hospodářský růst. Jelikož zdraví obyvatelstva představuje pro stát významnou hodnotu, jsou investice do sektoru zdravotnictví jednou z priorit všech vyspělých států.

V právním řádu České republiky je právo na zdraví zakotveno v Ústavě České republiky a v Listině základních práv a svobod v čl. 31, která je součástí ústavního pořádku dle ústavního zákona č. 2/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Od roku 1989 dochází ve zdravotnictví po ekonomické stránce k propojení veřejného a soukromého sektoru, setkáváme se tak se všemi typy statků.

Zdravotnictví v České republice se již mnoho let potýká s řadou problémů koncepčního, ekonomického i personálního charakteru. Koncepční nejednotnost je dána zejména politickými vlivy, zavádění potřebných změn tak není kontinuální a často působí i protichůdně. Z ekonomického pohledu podíl celkových výdajů na zdravotnictví k HDP v České republice mírně roste (z 6,65 % v roce 2008 na 7,42 % v roce 2012), stále však nedosahuje průměrné úrovně států OECD, kde výdaje na zdravotnictví tvořily k HDP 8,46 % v roce 2008 a 9,05 % v roce 2012.¹ Důsledkem nedostatku finančních prostředků a dlouhotrvající reformy ve zdravotnictví je jednak odchod kvalifikovaných pracovníků buď do zahraničí, nebo do jiného odvětví, ale také silný tlak na poskytovatele zdravotní péče, především na snižování jejich nákladů. Z ekonomických důvodů dochází také k transformaci některých zdravotnických zařízení z příspěvkových organizací na obchodní společnosti. Tomuto tématu se také blíže věnuje tato diplomová práce.

Předmětem diplomové práce je analýza hospodaření konkrétního nemocničního zařízení před a po změně právní formy. Nedílnou součástí jsou také teoretická východiska,

¹ OECD Main Indicators [online], 2014.

kteřá vedou k rozhodnutí o transformaci zdravotnických zařízení z příspěvkových organizací na obchodní společnosti.

Cílem diplomové práce je zhodnocení finančních i nefinančních parametrů hospodaření vybraného zdravotnického zařízení v letech 2004-2013, kdy k 1. 1. 2008 došlo ke změně právní formy zařízení na akciovou společnost. Analyzovaným zdravotnickým zařízením je Bílovecká nemocnice, a.s. Dílčím cílem je navrhnout opatření, která by mohla vést ke stabilizaci jeho ekonomické situace.

V souladu s cílem diplomové práce jsou stanoveny následující hypotézy:

H1: V rámci sledovaných let 2004-2013 došlo ke snížení průměrné ošetrovací doby pacientů.

H2: Po přechodu organizace na a.s. se zvýšilo procento využití kapacity lůžkového fondu.

Při zpracování tématu jsou pro teoretickou část použity metody deskripce a komparace, v praktické části, zaměřené na konkrétní nemocniční zařízení a její hospodaření, dominují metody analýzy. Pro hodnocení nákladů a výnosů je provedena horizontální analýza pomocí řetězových indexů, pro vertikální analýzu je použit procentní rozbor komponent. Pro hodnocení parametrů finančního stavu hospodaření jsou aplikovány metody výpočtů poměrových ukazatelů, dále jsou uplatněny metody dedukce a syntézy.

Zdrojem informací je současná česká i zahraniční odborná literatura a legislativa zaměřená na problematiku zdravotnictví, platná k 1. 4. 2015. Pro zpracování analýz jsou to především finanční výkazy a výroční zprávy zdravotnického zařízení v daných letech, statistické údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, ale také osobní konzultace s pracovníky ekonomického, provozního a personálního oddělení Bílovecké nemocnice, a.s. a odboru zdravotnictví Krajského úřadu Moravskoslezského kraje.

Diplomová práce je rozdělena kromě úvodu a závěru do tří kapitol.

Po úvodu, který seznamuje se členěním diplomové práce, následuje druhá, teoretická část. V této kapitole jsou představena obecná východiska zdravotní politiky, hlavní otázky spojené s právem na zdraví, popis historického vývoje zdravotnictví, základní pilíře a subjekty zdravotní péče. Dále jsou zde uvedeny způsoby financování zdravotní péče, jejich zdroje a úhradové mechanismy. Podrobněji se kapitola zabývá funkcí nemocnic a jejich strukturou, jsou zmíněny a porovnány základní údaje o zdravotnických zařízeních v roce 2004

a 2013. V posledním oddíle této kapitoly jsou detailněji charakterizovány rozdíly v právních formách mezi příspěvkovými organizacemi a obchodními společnostmi.

Třetí kapitola diplomové práce je zaměřena na konkrétní zdravotnickou organizaci, a to Bíloveckou nemocnici, a.s. Nejprve je krátce popsána situace ve zdravotnictví Moravskoslezského kraje, který je zřizovatelem či zakladatelem několika zdravotnických zařízení, mezi jinými i Bílovecké nemocnice, a.s., která je blíže charakterizována. Pro detailní rozbor hospodaření jsou použity provozně-ekonomické ukazatele, analýza nákladů, výnosů a hospodářského výsledku a poměrová finanční analýza, která sleduje vývoj ukazatelů zadluženosti, likvidity, rentability a aktivity v desetiletém vývoji od roku 2004 po rok 2013. Poměřovány jsou výsledky čtyř let působnosti nemocnice jako příspěvkové organizace a šest let v právní formě akciové společnosti.

Obsahem čtvrté kapitoly je shrnutí všech sledovaných ukazatelů a zhodnocení provedených analýz, což je za pomoci odborníků z praxe východiskem pro vyvozování závěrů a návrhů, které by mohly vést ke stabilizaci či zlepšení ekonomické situace organizace. Následně jsou shrnuty poznatky, závěry a doporučení vyplývající z rozborů hospodaření.

2 Postavení nemocničních zařízení v systému zdravotní péče

Zdravotní politika nemá univerzální definici a provádí se v různých zemích odlišně, a to i v rámci Evropské unie. Spolu se vzdělávací, bytovou a rodinnou politikou, případně dalšími, je nedílnou součástí tzv. širšího pojetí sociální politiky sociálních států. Je proto považována za výraz zájmu států na zdravotním stavu obyvatelstva, a jako taková úzce souvisí a prolíná se s hospodářskou politikou. Role státu v sociální oblasti může být také různá, ale zpravidla spočívá ve stanovení právního rámce a odstraňování negativních sociálních dopadů tržního rozdělování prostřednictvím přerozdělovacích procesů.²

Jednou ze základních otázek kladených v souvislosti se zdravím je otázka práva na zdraví. Pod právem na zdraví není chápán závazek společnosti zajistit každému jedinci život bez nemoci, ale spíše právo na ochranu zdraví a právo ve smyslu garantovaného přístupu ke zdravotním službám.

Právo může být definováno jako soubor norem, tzv. objektivní právo, které představuje souhrn pravidel chování vytvořený státem v určité zvláštní formě, který je státem vynutitelný. Právo na zdraví může být definováno i jako souhrn možností chovat se určitým způsobem, tzv. subjektivní právo, které lze vymezit jako míru možného chování subjektu, vyplývající z určitého konkrétního právního vztahu, nebo jako souhrn oprávnění účastníka právního vztahu.³

2.1 Státní zdravotní politika

Státní zdravotní politiku můžeme definovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Takto široce definovaná zdravotní politika zahrnuje dva druhy aktivit. Jednak aktivity zaměřené k léčení, to je k odstranění změn ve zdravotním stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví. Tato zdravotní politika je z hlediska zdraví politikou *ex post*, její realizace je nákladná a má své determinanty. Další aktivity státu jsou ve směru ochrany a podpory zdraví, ve směru zamezení vzniku nemoci; tato zdravotní politika je z hlediska zdraví politikou *ex ante*.

² KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. (2010, s. 335).

³ MAATYOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. (2012, s. 16).

Z toho vyplývá i úloha státu jako hlavního subjektu zdravotní politiky, která by měla spočívat ve vytváření takového prostředí, ve kterém se kriteriální funkce zdraví prosazuje do každé lidské činnosti. Jestliže stát neplní tuto úlohu a nevytváří příslušné mechanismy, jejichž pomocí jsou zájmy subjektů usměřovány tak, aby nedocházelo k poškozování lidského zdraví, zakládá národohospodářskou neefektivnost.

Vedle státu se na zdravotní politice podílejí ostatní státní a nestátní subjekty, které vyvíjejí své aktivity v rámci odvětví zdravotnictví (zdravotní pojišťovny, komory, asociace, zdravotnická zařízení, nadace apod.), ale i takové subjekty, jejichž hlavní činnost leží mimo rámec odvětví zdravotnictví (obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané, rodiny apod.) Do tvorby zdravotní politiky vstupují i politické strany, různé zájmové a lobbistické skupiny z domácí i zahraniční podnikatelské sféry. Vzhledem k rozsahu zdravotní politiky a postavení zdravotnictví ve veřejném sektoru musí být tato formována jako nedílná součást hospodářské, environmentální a sociální politiky státu, musí být zohledněna při formování cílů a kritérií ekonomického rozvoje. Posilování trhu ve zdravotní politice zvyšuje tlak na růst celkových výdajů na zdravotnictví a pokud nejsou nalezeny adekvátní institucionální a instituční mechanismy (například úhradové mechanismy), není zcela konzistentní s financováním z veřejných zdrojů. Čistý tržní mechanismus je neslučitelný s financováním z veřejných zdrojů a nezaručuje, že veřejné zdroje, získané na základě povinných solidárních plateb, budou využity ve prospěch zdraví obyvatel.⁴

2.2 Poskytování zdravotních služeb v ČR po roce 1989

Zdravotnictví České republiky prošlo po roce 1989 transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče převzaly zdravotní pojišťovny. Až do roku 1990 existovala v České republice síť zdravotnických zařízení, která byla vybudovaná na územní třístupňové struktuře (republika, kraj, okres). Veškerá zdravotnická zařízení byla státní, léčebně preventivní péče byla, až na malé výjimky ve stomatologické péči, poskytována bez přímých plateb a financována státem ze všeobecných daní. Finanční prostředky byly Ministerstvem financí převáděny na krajské a okresní národní výbory, které odpovídající rozpočtové částky distribuovaly ústavům národního zdraví ve své působnosti. Ministerstvo

⁴ KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. (2010, s. 335).

zdravotnictví ČR (dále jen „MZ ČR“) řídilo zdravotnictví metodicky prostřednictvím hlavních, krajských a okresních odborníků pro jednotlivé obory.

Privatizace primární i specializované ambulantní sféry zdravotní péče byla v České republice zahájena v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních.

Změny se nevyhnuly ani lůžkové péči. K 1. 1. 2003 přešlo do kompetence krajů podle zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje, obce a občanská sdružení, ve znění pozdějších předpisů, 82 okresních nemocnic. Veškeré závazky těchto bývalých státních příspěvkových organizací, a to i včetně práv a povinností z pracovněprávních vztahů na základě §2 odst. 2, přešly na nově vzniklé příspěvkové organizace kraje. Vlastnictvím krajů se tedy stal i movitý a nemovitý majetek, který byl ke dni 31. 12. 2002 ve vlastnictví státních příspěvkových organizací, které poskytovaly zdravotní péči. Z příspěvkových organizací bylo do konce roku 2004 převedeno na akciové společnosti, kde jediným akcionářem byl kraj, celkem 17 zařízení. Hlavní příčinou snah o převody byla vysoká zadluženost původně okresních nemocnic. Převody krajských nemocnic na obchodní společnosti pokračovaly i v následujících letech. Část nemocnic prošla privatizací nebo byla převedena pod správu obcí.⁵

Právní subjektivita poskytovatelů zdravotních služeb je v současné době (2015) dosti různorodá a vlastnické poměry ve zdravotnictví neustále procházejí změnami. Zdravotní služby jsou poskytovány v podstatě autonomními subjekty, které se pohybují v tržním prostředí a nabízejí své služby. Nestátní subjekty, které chtějí poskytovat odbornou zdravotní péči, musí získat oprávnění neboli registraci krajského úřadu, případně Magistrátu hl. m. Prahy na základě § 16, odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (zákon o zdravotních službách). K tomu musí splňovat určité podmínky, věcné a technické vybavení dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů, a mít k dispozici odborně způsobilý personál dle druhu a formy zdravotní služby a oboru odborné zdravotní péče. Registrace se týká jen nestátních zdravotnických zařízení, ale připravuje se zákonná úprava, která by nastavila stejné podmínky i pro státní poskytovatele.

Ti poskytovatelé zdravotních služeb, kteří chtějí být financováni z veřejného zdravotního pojištění, a nikoli pouze přímými platbami pacientů, musejí uzavřít smlouvu se

⁵ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], 2014.

zdravotními pojišťovnami o poskytování zdravotních služeb a jejich úhradě. Před uzavřením smlouvy musí poskytovatel zdravotní služby projít výběrovým řízením, kde prokáže svoji schopnost zajistit bezpečnost a kvalitu péče, dodržování etických zásad a ekonomickou stabilitu. Návrh na výběrové řízení může podat zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, výběrové řízení vyhlašuje příslušný krajský úřad či Magistrát hl. m. Prahy a v případě ústavní zdravotní péče a lázeňské péče je to Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Nástroji k zajištění dostupnosti zdravotní péče jsou především zdravotně pojistné plány a smluvní politika zdravotních pojišťoven, ale také zdravotní plány krajů, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče a zákonná povinnost krajů zajistit zdravotnickou záchrannou službu.⁶

Třídící hlediska zdravotních služeb

Na široké spektrum péče poskytované zdravotními službami lze pohlížet z různých aspektů.

Ukazatele dostupnosti zdravotních služeb

Ukazatele dostupnosti zdravotních služeb dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, užívá těchto kritérií:

- **Prostorová či geografická dostupnost** (dosažitelnost zdravotních služeb v místě bydliště nebo běžnou veřejnou dopravou);
- **Časová dostupnost** (dosažitelnost zdravotních služeb v okamžiku potřeby, některé služby neodkladné péče musí být k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně);
- **Ekonomická dostupnost** (takový systém financování zdravotní péče, aby její poskytnutí v okamžiku potřeby nebylo závislé na finančních možnostech pacienta).

Síť zdravotních služeb je pak tvořena službami, které můžeme rozdělit podle několika kritérií:

- **Podle okolností, za kterých jsou služby poptávány:** na zdravotní služby prvního kontaktu (primární), sekundární (specializované ambulantní) a terciální (specializované lůžkové);

⁶ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví* (2009, s. 144).

- **Podle naléhavosti:** na služby neodkladné, nezbytné, plánované akutní a plánované neakutní;
- **Podle obsahu:** na služby preventivní, diagnostické, dispenzární, konzultační, posudkové, léčebné, léčebně-rehabilitační, ošetrovatelské, paliativní, hospicové a lékárenské.

Jiné dělení rozlišuje zdravotní péči **terénní, ambulantní a lůžkovou** (akutní standardní, akutní intenzivní, následnou, dlouhodobou a jednodenní – v případě jednodenní péče se jedná o přijetí na lůžko, kdy poskytování zdravotní služby nebude trvat déle než 24 hodin).

Zdravotní péče je pak zajišťována konkrétními zdravotnickými zařízeními coby poskytovateli zdravotních služeb – zdravotnickou záchrannou službou, jednotlivými soukromými praxemi praktických lékařů a ambulantních specialistů, agenturami domácí péče, nemocnicemi s lůžkovou a ambulantní složkou a odbornými léčebnými ústavy, léčebnami dlouhodobě nemocných, hospici, pobytovými zařízeními sociální péče a ostatními smluvními zdravotnickými zařízeními včetně lázní.⁷

2.3 Zdravotní péče

Pod pojmem zdravotní péče se podle § 2, odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, rozumí:

- soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:
 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 4. pomoci při reprodukci a porodu,
 5. posuzování zdravotního stavu,
- preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky.

Přidělování zdravotní péče by mělo probíhat dle rozsahu a naléhavosti zdravotních potřeb. V souvislosti se stanovením priorit se používá pojem rationing (explicitní a implicitní). V zásadě jde o přidělový systém, jehož cílem je zajištění dostupnosti nedostatkového zboží.

⁷ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. (2009, 145 s).

Zabezpečení dostupné zdravotní péče v odpovídající kvalitě pro většinu obyvatelstva je možné jen kombinací poskytování veřejných a soukromých zdravotních služeb, tzv. public-private mix. Určení správného poměru mezi státní regulací a tržním mechanismem záleží mimo jiné na způsobu financování zdravotnictví, na tradicích, zvyklostech, na politickém cyklu, na množství a struktuře poskytovatelů, na síle nátlakových skupin a na vytvořeném HDP.⁸

2.3.1 Subsystemy zdravotní péče

Zdravotní péče, definována § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, je hlavním subsystemem zdravotnictví. K jejímu zabezpečení jsou nutné další systémy (školství, výzkum, lékařská služba, zdravotnická výroba, zdravotní pojištění a další).

Subsystemy zdravotní péče:

1. Podpora zdraví a výchova ke zdraví.
2. Preventivní péče.
3. Léčebná péče (ambulantní, nemocniční, následná).
4. Rehabilitační péče.

Podpora zdraví a výchova ke zdraví zahrnuje všechny činnosti, jejichž cílem je poskytnout lidem přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucího k posílení zdraví. Podpora zdraví je spojena se zdravotní výchovou, která je považována za nejefektivnější preventivní metodu. Zahrnuje činnosti, jejichž cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech, které ovlivňují zdravotní stav, naučit lidi žít zdravějším životním stylem, pečovat o své zdraví a být za své zdraví zodpovědný.

Preventivní péči se rozumí jednak zabránění vzniku onemocnění, ale také předcházení vzniku a rozvoji komplikací i nepříznivých následků. Prevence je v současné době považována za jeden z principů moderní medicíny. Pro její podporu se uvádějí zpravidla

⁸ MAATYOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. (2012, s. 22).

důvody ekonomické, etické či kulturní. Prevence se uplatňuje jak u osob zdravých, tak nemocných. Můžeme ji dělit do několika fází: primární prevence jako opatření vedoucí k zabránění vzniku nemoci, sekundární prevence, kterou uskutečňujeme preventivními prohlídkami, screeningovými testy a dispenzarizací. Provádějí ji odborní pracovníci, zdravotníci, nezbytná je společenská podpora a zdravotní uvědomění populace. Terciální prevence pak znamená doléčování a rehabilitační péči. Jejím cílem je zabránit vzniku trvalých a dlouhodobých následků choroby. Preventivní opatření se mohou týkat celé populace (hromadná prevence) nebo jen určitých skupin osob s rizikovým faktorem (obezitou, kouřením, hypertenzí apod.), mluvíme pak o selektivní prevenci.

Léčebná péče spočívá v intenzivním léčení chorobných stavů. Lze ji rozdělit na ambulantní a lůžkovou (ústavní). Na ambulantní péči je kladen stále větší důraz, je trvale rozšiřována, spojována s primární péčí i s dalšími formami péče následné (např. domácí ošetrovatelskou péčí). Upřednostňování ambulantní péče před ústavní je motivováno ekonomickými důvody, ale nezanedbatelný je i aspekt psychologický a etický. Lůžková péče v ústavních zařízeních by měla být poskytována jen po nejkratší nezbytně nutnou dobu.

Cílem **rehabilitační péče** je navrátit nemocného člověka do aktivního života. Rehabilitace je součástí léčebné péče ve všech oborech a všech fázích nemoci. Rozeznáváme rehabilitaci léčebnou (kam lze zařadit i péči lázeňskou), pracovní, psychickou a sociální.

Všechny fáze zdravotní péče na sebe musí navazovat, často se prolínají a ovlivňují, zejména opatření preventivní, terapie a rehabilitační zásahy.⁹

2.3.2 Organizace péče o zdraví

V České republice jsou na základě § 40, čl. 10 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pověřeny tvorbou sítě zdravotnických zařízení pro své pojištěnce zdravotní pojišťovny. Ty zodpovídají za dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo, a to jak místní, tak časovou. Z ústavních předpisů a z mezinárodních úmluv vyplývá, že povinnost zajistit péči o zdraví mají také státní orgány.

⁹ DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. (2008, s. 101).

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR řídí péči o zdraví v České republice, je tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky a zodpovídá za její odbornou úroveň. Přípravuje zákony a vyhlášky, komunikuje s veřejností a vypracovává dokumenty a specificky cílené programy (týkající se např. očkování). Zodpovídá za zdravotní bezpečnost obyvatelstva, za kvalitní a bezpečné poskytování zdravotní péče a za kvalifikaci a odbornou kompetenci zdravotnických pracovníků. Zřizuje Centrální etickou komisi MZ ČR a řeší podněty a stížnosti občanů v oblasti zdravotní péče. Přímou řídí velké fakultní (případně univerzitní) nemocnice a další organizace, hygienické stanice, některé výzkumné ústavy a vzdělávací instituce. Spolupracuje s mezinárodními organizacemi (např. WHO). Je garantem vládní politiky, která se vztahuje ke zdraví obyvatelstva, ochraně veřejného zdraví, prevenci infekčních i neinfekčních chorob a krizové péči o obyvatelstvo v případě hromadných neštěstí. Zřizuje též Interní grantovou agenturu na podporu vědy a výzkumu v medicíně a zdravotnictví.

Krajské úřady

Na úrovni krajů spočívá výkon veřejné správy ve zdravotnictví na zdravotnických odborech krajských úřadů a na krajských hygienických stanicích. Krajské úřady jsou místem registrace zdravotnických zařízení a organizují též výběrová řízení na poskytování zdravotní péče. Jsou také zřizovateli zařízení zdravotnické záchranné služby a nesou zodpovědnost za organizaci a zajištění její činnosti. Kraje také přímo řídí nemocnice, které na ně byly převedeny po zrušení okresních úřadů k 31. 12. 2002. Mnohé z těchto nemocnic byly později privatizovány formou akciových společností.

Krajské hygienické stanice

Krajské hygienické stanice jsou organizační složky státu přímo řízené MZ ČR. Jsou pověřeny výkonem státní správy v oblasti ochrany veřejného zdraví, vyhodnocují a kontrolují existující rizika v životním a pracovním prostředí, ukládají protiepidemická opatření a chrání obyvatelstvo před infekčními nákazami a dalšími zdravotními riziky.

Zdravotní ústavy

Zdravotní ústavy jsou zdravotnická zařízení zřízené MZ ČR poskytující širokou škálu zdravotních a laboratorních služeb souvisejících s ochranou veřejného zdraví. Postavení a působnost Zdravotních ústavů je upravena v § 86 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zabezpečují služby hygienické a klinické laboratoře a ambulantní služby.¹⁰

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou instituce zřízené na základě zákona. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je zřízena na základě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, se zřizují další zdravotní pojišťovny, tzv. zaměstnanecké pojišťovny. Tyto instituce pověřuje stát výběrem pojistného na zdravotní pojištění a hrazením zdravotních úkonů poskytovatelům péče. Zdravotní pojišťovny zabezpečují financování ústavní péče, ambulantních zařízení, léků, nákladů na léčení v zahraničí, lázeňské péče, dopravy a záchranné služby. Plní i kontrolní a regulační funkci.¹¹

Zdravotnická zařízení

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči. V těchto zařízeních mohou výkony zdravotní péče provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci. Zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro druh a rozsah zdravotní péče, kterou poskytuje, a musí splňovat hygienické požadavky na svůj provoz.¹²

¹⁰ ZDRAVOTNÍ ÚSTAVY [online], 2014.

¹¹ OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance. Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit.* (2010 s. 133).

¹² BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví.* (2010, str. 65).

2.3.3 Financování zdravotní péče v ČR

Finanční toky v českém zdravotnictví lze rozdělit na dvě skupiny – příjmovou a výdajovou. První z nich vypovídá o způsobech, jakými jsou získávány finanční prostředky pro zabezpečení těchto služeb, druhou skupinou jsou výdajové finanční toky - tzv. úhradové mechanismy - jimiž jsou označovány způsoby, jakým jsou hrazeny služby poskytovatelů zdravotních služeb.

Zdroje financování zdravotní péče

V roce 1992 Česká republika opustila tzv. centrálně řízený systém financování zdravotnictví a začala používat tzv. pluralitní systém, který využívá více zdrojů financování. V ČR plynuly v roce 2013 prostředky na financování zdravotní péče ze 79 % ze zdrojů zdravotních pojišťoven, z 5,7 % z veřejných rozpočtů, tj. ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů a z 15,3 % ze soukromých výdajů, které tvoří především přímé výdaje domácností.¹³ Kromě těchto tří základních zdrojů existují i další zdroje financování, které v souhrnu tvoří 2 – 3 % celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou: cestovní zdravotní pojištění, podniky (v případě, že část závodně-preventivní péče hradí samy), neziskové organizace (Český červený kříž apod.).¹⁴

Zdravotní péče se poskytuje:

- bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy;
- nebo na základě smluvního zdravotního pojištění bez přímé úhrady z prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky u občanů Slovenské republiky, kteří nemají na území České republiky trvalý pobyt, nejsou na území České republiky v pracovním nebo obdobném poměru ani samostatně výdělečně činní, nárok na úhradu těchto nákladů uplatní Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky u příslušného orgánu Slovenské republiky;
- bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu České republiky, charitativních, církevních a dalších právnických a fyzických osob;

¹³ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], 2014.

¹⁴ OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance. Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. (2010, s. 131).

- za plnou nebo částečnou finanční úhradu.¹⁵

Úhradové mechanismy zdravotní péče

Principy financování zdravotní péče se neustále vyvíjí. Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních ve vlastnictví státu, územně samosprávných celků (dále jen „ÚSC“), fyzických a právnických osob. Proplácení zdravotní péče se uskutečňuje bez účasti pacienta (pojištěnce) na základě smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Platba za výkon – jde o platbu za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon diagnózy, léčení, ošetřování, farmaceutických služeb apod. Výkony jsou popsány a oceněny přímo nebo prostřednictvím bodu. Seznam výkonů je zároveň ceníkem, podle kterého poskytovatel účtuje plátcům. Za přijatelný se pokládá seznam do 2000 položek. Toto ČR překračuje více než dvojnásobně. Platba za výkon je využívána u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, specialistů, sester, nemocnic, lékáren.

Platba za ošetřovací den – základní jednotkou jsou náklady na jednoho pacienta za jeden den. Právní norma nebo rámcová dohoda stanoví, co se do jednotky počítá, a odstupňuje cenu za jednotku podle kategorie nemocnice. Tento typ platby lze použít převážně v nemocnicích nebo zařízeních částečné hospitalizace. V kalkulačním vzorci jsou započítány přímé a nepřímé náklady na pacienta, agregované výkony do ošetřovacího dne a přímo podané léky při ústavní péči na jeden ošetřovací den.

Kapitační platba – platí se za registrovaného pacienta ve zdravotnickém zařízení po určitou dobu, například jeden rok, bez ohledu na to, zda a jak je léčen. Kapitace bývá odstupňována podle věku nebo pohlaví pacienta nebo podle území. Zpravidla bývá používána u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.

Kapitačně – výkonová platba je kombinací kapitace a výkonové platby. Obvyklá léčebná péče, tj. běžné diagnostické a terapeutické výkony praktických lékařů, je hrazena kapitační platbou a ostatní práce je pak hrazena na základě vykázaných výkonů. Tento typ

¹⁵ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. (2010, s. 64).

úhrad byl zaveden v ČR u všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.

Účelové paušály (globální rozpočty) – představují roční platbu lékaři nebo nemocnici na provoz, zařízení, investice apod. Paušál je odstupňován podle specializace lékaře, v nemocnicích podle počtu lůžek a kategorie nemocnice. Používá se obvykle jako doplňková platba k jinému typu platby.

Bonifikace – jedná se o účelově vázanou platbu, která odměňuje dosažení určitého cíle, který může být stanoven ekonomicky nebo medicínsky. Používá se jako doplňková platba k jinému typu platby.¹⁶

Platba za diagnózu – tzv. DRG (Diagnostic-Related Group – skupiny vztažené k diagnóze) metoda se začala používat v USA po zavedení platebního systému MediCare v roce 1983. Pracuje na systému roztřídění a klasifikace hospitalizovaných pacientů do typizovaných skupin, do nichž jsou zařazovány případy s klinickou a nákladovou podobností. DRG systémy bývají zaváděny především pro jednoduchost nastavení úhrad, zprůhlednění rozpočtových přidělů, řízení a plánování v nemocničních zařízeních a větší transparentnost v oblasti tvorby zdravotních politik. Umožňuje také srovnávání nákladů na léčbu pacienta, výkonnosti nemocničního zařízení a benchmarking nejen mezi nemocnicemi jednoho státu, ale i v mezinárodních komparacích.¹⁷

Vzhledem k tomu, že DRG systém je původně produktem USA, je v každé zemi mírně modifikován na místní podmínky. V České republice je platba za diagnózu, resp. klasifikace hospitalizovaných pacientů upravena a používána pod pojmem IR-DRG (International Refined Diagnostic-Related Group – Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze).

Regulační poplatky – jako doplněk k úhradovým mechanismům plateb zdravotních pojišťoven byly od 1. 1. 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zavedeny tzv. regulační poplatky, hrazené přímo pojištěnci. Za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření v ambulantní sféře, úhrada 30 Kč, za každý den hospitalizace 60 Kč (od 1. 12. 2011 zvýšeno na 100 Kč) a za využití lékařské pohotovostní služby

¹⁶ KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. (2010, s. 367).

¹⁷ BUSSE, Reinhard et al. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. (2011, s. 40-44).

nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství 90 Kč. Regulační poplatky byly také stanoveny za položku na receptu, v hodnotě 30 Kč, od 1. 1. 2012 se platilo 30 Kč za recept. Dnem 1. 1. 2015 nabyl účinnosti zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tato novela zákona ruší 30korunové regulační poplatky za ošetření v ambulantní sféře a 30korunový regulační poplatek za recept. Od 1. 1. 2015 je pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, povinen hradit pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.¹⁸

2.4 Funkce nemocnic ve zdravotnickém systému

Nemocnice je zpravidla obecně definována jako „*lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby*“¹⁹. Základní funkcí nemocnic je poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Jádrem činnosti všech nemocnic jsou činnosti diagnostické, léčebné a činnosti spadající do oblasti sekundární a terciální péče. Vedle těchto základních funkcí plní některé nemocnice i funkce další: jsou střediskem pregraduální a postgraduální výchovy lékařů a ostatního zdravotnického personálu, vykonávají zdravotně výchovnou činnost, jsou nositeli klinického výzkumu a v některých zemích plní i některé funkce zdravotně-sociální.

Nemocnice jsou zpravidla tříděny podle několika hledisek:

Podle průměrné délky ošetrovací doby jsou nemocnice tříděny na nemocnice pro akutní péči a nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Nemocnice pro akutní péči mají zpravidla průměrnou délku ošetrovací doby jednoho pacienta do 30 dnů.

Podle typu vlastnictví jsou nemocnice klasifikovány na:

- Nemocnice ve vlastnictví a správě státu: jedná se zpravidla o velké nemocnice a nemocnice univerzitní či fakultní, vojenské nemocnice;

¹⁸ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR [online], 2015.

¹⁹ GLADKIJ, Ivan et al. *Management ve zdravotnictví*. (2003, s. 51).

- Veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě krajů, měst a obcí;
- Soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných organizací atp.;
- Soukromé nemocnice typu akciových společností, družstev a jiných typů firem, založené na podnikatelském principu.

Podle převažujícího druhu péče se nemocnice dělí na nemocnice všeobecné a specializované. Ve všeobecných nemocnicích je v různém rozsahu prováděna komplexní diagnostika a léčba nemocí včetně provádění chirurgických výkonů. Specializované nemocnice mají v ČR převážně charakter odborných léčebných ústavů (psychiatrické léčebny, léčebny pro léčení nemocí respiračních atp.).

2.4.1 Základní struktura nemocnic

Bez ohledu na rozdíly v organizačním uspořádání jednotlivých nemocnic se každá nemocnice člení v podstatě na tři relativně samostatné subsystémy.

1. Subsystém zahrnující pracoviště léčebně preventivní péče, který zahrnuje:
 - Jednotlivá specializovaná oddělení či kliniky členěné podle lékařských oborů; tato pracoviště se dále dělí na část ambulantní, lůžkovou, pracoviště přístrojová a laboratorní, podílející se zejména na diagnostické činnosti příslušného oddělení.
 - Pracoviště společných vyšetřovacích složek; jedná se o laboratorní a přístrojová pracoviště, která poskytují specializované služby všem oddělením (jde převážně o podporu diagnostiky).
2. Subsystém zahrnující pracoviště logistického typu, vykonávající nejrůznější podpůrné činnosti související se zajištěním léčebné péče a plynulým chodem nemocnice; náleží sem takové úvary, jakými jsou stravovací provoz, dopravní služba, energetika, nejrůznější technické služby atp.
3. Subsystém manažerský a ekonomicko-správní. Ten zahrnuje vrcholový management nemocnice (ředitel a vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice), management střední úrovně (vedoucí oddělení, vrchní sestry atp.), manažery na prvním stupni řízení

(vedoucí stanic, staniční sestry atp.). Ekonomicko-správní pracovníci mají důležitou podpůrnou úlohu při ekonomickém řízení nemocnice.²⁰

2.4.2 Komparace sítě nemocničních zařízení v roce 2004 a 2013

V České republice bylo na konci roku 2004 evidováno 197 nemocnic, v roce 2013 to bylo 188 nemocnic (tj. pokles o 4,57 %). Celkový lůžkový fond byl v roce 2004 ve výši 65 488 lůžek, do roku 2013 došlo ke snížení na 56 807 lůžek, což představuje úbytek o 13,26 %. Z tohoto počtu bylo vyčleněno pro akutní péči 56 694 lůžek v roce 2004, v roce 2013 to bylo již jen 47 033 lůžek (redukce o 17,04 %). Pro následnou péči to činilo 6 615 lůžek, resp. 7 652 lůžek, to znamená, že v této skupině došlo naopak k nárůstu, a to o 15,68 %. U lůžek pro novorozence došlo také mezi lety 2004 a 2013 k mírnému poklesu, v roce 2004 činil fond 2 179 novorozeneckých lůžek, v roce 2013 to bylo 2 122 lůžek (snížení o 2,62 %).

Průměrná ošetrovací doba činila v roce 2004 na jednoho pacienta 8,1 dne, do roku 2013 pokračoval dlouhodobý trend ve snižování tohoto ukazatele a hodnoty v roce 2013 vykazovaly průměrně 6,8 dne.

Na 100 000 obyvatel připadalo v roce 2004 celkem 424 lékařů, v roce 2013 to bylo 364 lékařů, propad je o 14,15 %.

Rozdělení nemocnic dle zřizovatele k 31. 12. 2004 a 31. 12. 2013:

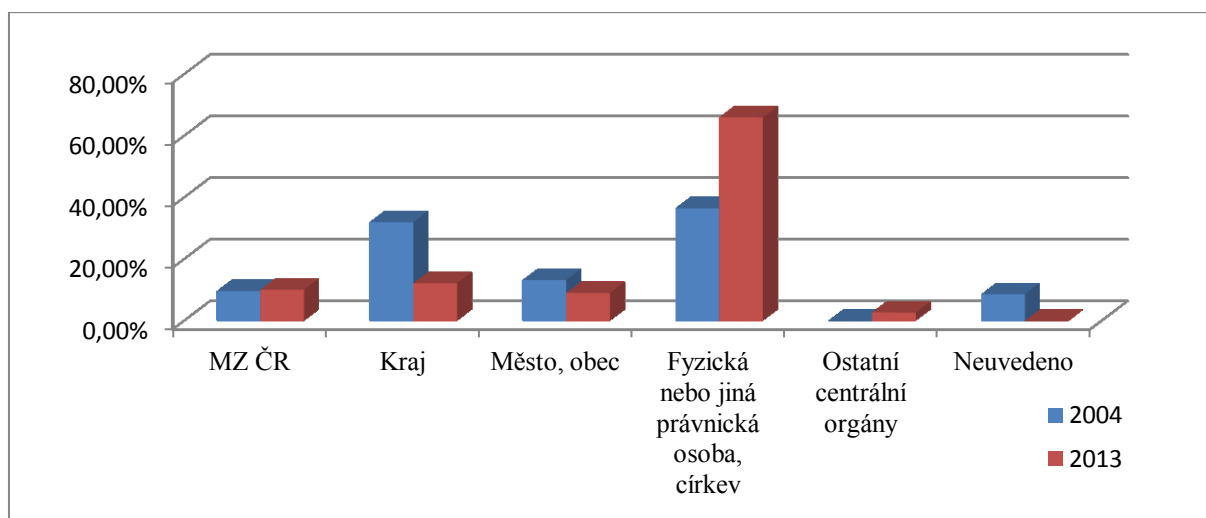
- Ministerstvo zdravotnictví ČR: 19 nemocnic v roce 2004, stejný počet i v roce 2013;
- Kraj: 63 krajských nemocnic v roce 2004, 23 nemocnic v roce 2013;
- Města a obce: v roce 2004 celkem 26 obecních a městských nemocnic, 17 nemocnic v roce 2013;
- Fyzická nebo jiná právnická osoba nebo církev: v roce 2004 celkem 72 nemocnic, v roce 2013 nárůst na 124 nemocnic (do tohoto počtu je zahrnuto 52 nemocnic s většinovým podílem veřejného, krajského či obecního majetku: z toho kraje 42 zařízení, obec/město 8 zařízení, církve 2 zařízení);
- Ostatní centrální orgány: v roce 2004 počet neuveden, v roce 2013 celkem 5 nemocnic.²¹

Rozdělení nemocnic podle zřizovatele v roce 2004 a 2013 znázorňuje obr. 2.1.

²⁰ GLADKIJ, Ivan et al. *Management ve zdravotnictví*. (2003, s. 51).

²¹ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], 2014.

Obr. 2.1 Rozdělení nemocnic podle zřizovatele v roce 2004 a 2013



Zdroj: ÚZIS ČR, vlastní zpracování.

2.5 Vybrané právní formy zdravotnických zařízení

Vzhledem k tomu, že v dalším textu je podrobně analyzována nemocnice, která v průběhu sledovaných let změnila právní formu z příspěvkové organizace na akciovou společnost, je v této podkapitole podrobněji popsána transformace, klady i zápory změny, které mají na chod organizace zásadní vliv.

Od roku 2003 se mnoho zdravotnických zařízení převedených do vlastnictví kraje či obce transformovalo z příspěvkových organizací na obchodní společnosti. V přehledu v obr. 2.1 jsou tyto společnosti zahrnuty v oddílu jiná právnická osoba, ale většinový podíl zde stále mohou mít kraje nebo obce. Z obr. 2.1 je také patrné, že došlo k více než 60% snížení počtu nemocnic u krajských zřizovatelů a více než 30% poklesu u nemocnic zřizovaných městy či obcemi. Většina těchto nemocnic změnila právní formu a jsou nyní vedeny jako obchodní společnosti, figurují tak v přehledu ve sloupci fyzická nebo jiná právnická osoba, který vzrostl k roku 2013 o 58 %.

V České republice byly k 31. 12. 2013 města a obce zřizovatelem 17 nemocnic vedených jako příspěvkové organizace, jako obchodní (akciové) společnosti je zapsáno 122 nemocnic, z nichž ale v 50 nemocnicích jsou zakladateli a zpravidla jedinými akcionáři kraje nebo města a obce.

Zdravotnictví je obecně vnímáno jako služba poskytovaná ve veřejném zájmu, která spadá do spektra tzv. nevýdělečné sféry. Tento historický pohled na oblast zdravotnictví však již neodpovídá realitě stávajícího podnikatelského prostředí v české společnosti, kde na trhu zdravotních služeb působí řada soukromých subjektů, pro které je hlavním cílem činnosti

dosahování zisku. Dalším významným faktorem pro transformaci příspěvkové organizace na obchodní společnost je relativní jistota příjmů vyplývajících ze státu daného systému zdravotního pojištění. K výhodám transformace příspěvkových organizací působících v odvětví zdravotnictví zřizované územním samosprávným celkem na obchodní společnost patří:

- Obchodní společnost je samostatným právním subjektem, který může vlastnit majetek a ve svém finančním hospodaření není omezen jako příspěvková organizace;
- V obchodní společnosti je jasně definována odpovědnost členů představenstva a dozorčí rady při výkonu jejich funkce;
- Územní samosprávný celek v pozici zakladatele obchodní společnosti ručí za závazky společnosti pouze do výše nesplaceného vkladu;
- Územní samosprávný celek jako jediný společník (resp. akcionář) společnosti může nadále rozhodovat o vývoji a směřování zdravotnického zařízení;
- Pracovníci příspěvkových organizací jsou odměňováni v souladu s nařízením vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Obchodní společnost se nemusí řídit povinným nárůstem tarifních mezd a může využít širší možnosti motivace managementu i ostatních pracovníků;
- Transformací se řeší odpisová a daňová optimalizace, neboť obchodní společnosti mohou majetek vlastnit, tzn., mají možnost jej odepisovat a o daňové odpisy následně snížit daňový základ.

Činnosti zabezpečované zdravotnickým zařízením v právní formě obchodní společnosti, úroveň jeho činnosti, konkurenceschopnost na trhu a oprávněnost další existence mohou být územním samosprávným celkem jako zakladatelem i nadále sledovány a ovlivňovány především prostřednictvím orgánů společnosti s využitím mechanismů nastavených v zakladatelských dokumentech.²²

Hlavní rozdíly mezi příspěvkovou a akciovou společností

Příspěvkové organizace mohou být zřízeny organizační složkou státu nebo územními samosprávnými celky. Příspěvkové organizace organizačních složek státu hospodaří

²² POSPÍŠIL, Petr et al. *Právnícké osoby obcí a krajů*. (2013, s. 87).

s finančními prostředky, které byly přijaty ze státního rozpočtu a to v rámci finančních vztahů určených zřizovatelem. Příspěvkové organizace zřízené samosprávnými celky jsou na rozdíl od příspěvkových organizací zřízených organizačními složkami státu zapisovány do obchodního rejstříku. Pokud organizace v rámci své doplňkové činnosti vytvoří zisk, musí jej využít jen ve prospěch organizace, pokud zřizovatel nerozhodne jinak (ten jej může odčerpat). Zřizovatel provádí kontrolu hospodaření příspěvkové organizace. Příspěvkové organizace mají především tato specifika:

- Vazba organizace na zřizovatele (především na jeho rozpočet) - vztahy ke státnímu rozpočtu, k rozpočtu organizačních složek státu, k rozpočtu územních samosprávných celků. Zřizovatel poskytuje organizaci příspěvek na provoz, a to většinou v návaznosti na výkony nebo případně na jiná kritéria jejich potřeb. Hospodaření příspěvkových organizací je řízeno rozpočtem. Rozpočet příspěvkové organizace musí být sestaven jako vyrovnaný a musí obsahovat jen ty výnosy a náklady, které souvisí s poskytnutými službami v hlavní činnosti příspěvkové organizace;
- Existence rozpočtových a ostatních finančních účtů – tj. příspěvků a dotací na provoz ze strany zřizovatele;
- Hospodaření na základě fondů. Představují největší rozdíly finančních výkazů příspěvkových organizací například od výkazů podniků. Jedná se o zdroje krytí prostředků příspěvkové organizace, tj. fondy majetkové (fond dlouhodobého a oběžného majetku) a finanční a peněžní fondy;
- Oddělené sledování nákladů a výnosů organizace z pohledu hlavní a doplňkové činnosti.

Hlavní činnost organizace je vymezena ve zřizovací listině organizace. Doplňkovou činnost může organizace také provozovat. Podle § 27 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, zřizovatel ve zřizovací listině stanovuje okruhy doplňkové činnosti navazující na hlavní účel příspěvkové organizace. Zřizovatel doplňkovou činnost může povolit z toho důvodu, aby organizace mohla lépe využívat všechny své hospodářské možnosti a odbornost svých zaměstnanců. Hospodářská činnost organizace nesmí narušovat plnění hlavních účelů organizace a musí se sledovat odděleně. Výsledek hospodaření příspěvkové organizace se pak stanovuje jako součet hospodářského výsledku v hlavní a doplňkové činnosti.

Nemocnice jako **akciová společnost** dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), ve znění pozdějších předpisů,

je společnost, jejíž základní kapitál je rozvržen na určitý počet akcií. Akcionáři nemocnice mají tedy dle zákona o obchodních korporacích právo na podíl na zisku (dividendu), o její konkrétní výši rozhoduje každý rok valná hromada akcionářů na základě dosaženého hospodářského výsledku. Akciová společnost (nemocnice) může svým jménem vstupovat do různých právních vztahů, odpovídá za své závazky celým svým majetkem, může také svým jménem žalovat, ale také být žalována u soudu. Statutárním orgánem akciové společnosti (nemocnice) je její představenstvo, kteří společnost navenek zastupují. Členové představenstva se zapisují do obchodního rejstříku, včetně veškerých následných změn představenstva. Členy představenstva může zvolit i odvolat valná hromada akciové společnosti.

Hospodaření s majetkem

Příspěvková organizace zřízená územně samosprávným celkem (obec, kraj) má ve správě majetek svého zřizovatele a dále hospodaří s majetkem, který v průběhu existence získala (např. dary, dědictví, i tento majetek však patří zřizovateli). Příspěvkové organizace evidují a účtují odděleně o majetku, který je jim svěřený do užívání a majetkem „vlastním“. Ve zřizovací listině zřizovatel určuje podrobnosti nakládání s majetkem (zákazy, omezení používání apod.). Příspěvková organizace majetek účetně odpisuje, odpisy jsou zahrnovány do nákladů organizace a zároveň jsou odpisy zdrojem investičního fondu organizace. Investiční fond je zdrojem pro financování investičních potřeb organizace.

Akciová společnost vykazuje ve finančních výkazech majetek, který vlastní. Musí dodržovat zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, vyhlášku č. 500/2002 Sb., k provedení zákona o účetnictví pro podnikatele účtující v podvojném účetnictví, ve znění pozdějších předpisů a České účetní standardy pro účetní jednotky, které účtují podle vyhlášky č. 500/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů (České účetní standardy pro podnikatele). Majetek, který si společnost pronajímá (finanční nebo operativní pronájem) vykazovat nemusí (s výjimkou akontace u finančního leasingu). Se svým majetkem může společnost v souladu s právními předpisy libovolně nakládat. Odpisy majetku společnost zahrnuje do svých nákladů, v případě stanovení základu pro daň z příjmů uplatňuje odpisy dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Společnost není nijak omezována ohledně velikosti nových investic.²³

²³ AKCIOVÉ SPOLEČNOSTI A PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ [online], 2014.

Problematika zisku

Oblast zdravotnictví vyvolává diskusi ohledně plné aplikovatelnosti zásad ekonomických kritérií. Zároveň je ale nezbytné uznat, že ekonomická hlediska jsou východiskem mnohých manažerských rozhodnutí a ekonomické parametry jsou jejich limitem. O ekonomice zdravotnickým zařízením nelze hovořit bez uvedení konkrétní právní formy.

Základním problémem je také skutečnost, že ani v komerční sféře není mnoho podniků zaměřeno na tvorbu zisku, ale snaží se efektivnost svého počínání vyjádřit jinak. Často se zaměřují na generování cash-flow. Tato skutečnost je mnohdy zapříčiněna i programovou snahou managementu o ztrátu z důvodu vyhýbání se odvádění daní. Cash-flow je pro mnohé komerční podnikatelské subjekty základním ukazatelem. Pro vyjádření a měření efektivnosti je tento ukazatel poměřován s kapitálem, náklady i dalšími položkami.

Není-li zisk ideálním ukazatelem měření efektivnosti u komerčních subjektů a je doplňován řadou dalších kritérií a ukazatelů, je ještě problematičtější ve zdravotnictví. Nemocnice, poskytující především lékařskou péči, případně zajišťující výzkum a odborné vzdělávání lékařů, jsou svým posláním organizací, kde „nulový“ či kladný zisk je sice žádoucí, ale ne hlavním kritériem pro hodnocení úspěšnosti organizace. Zde kromě problému s univerzálním vyjádřením efektivnosti a problému daňového, vystupuje zřetelně do popředí i problém etický. Použití ukazatele zisku může být kontraproduktivní nejen v tomto ohledu, ale i při hodnocení potřebnosti výkonů ve vztahu k jejich ekonomickému efektu.

Ekonomická logika se často dostává do sporu s lékařskou etikou. Problém nastává i tehdy, nahlédneme-li na kategorii zisku z hlediska zájmu. Nastává často rozpor zájmu pacienta a ekonomického zájmu zdravotnického zařízení s důsledkem poskytování nadbytečných, ekonomicky dobře ohodnocených výkonů apod. Využití zisku pro hodnocení efektivnosti zdravotnického zařízení je proto možné pouze po zapojení do širšího spektra parametrů, než je obvyklé v jiných, zejména komerčních oborech národního hospodářství. Pro posuzování zisku je také rozhodující zvolená právní forma.

Příspěvkové organizace jsou právně konstruovány tak, že zřizovatel formou příspěvku hradí ztrátu z hlavní činnosti organizace, organizace má pak vyrovnaný rozpočet a hospodáří s nulovým ziskem. Jak již bylo výše uvedeno, **akciová společnost** se řadí mezi právnické osoby, založené za účelem podnikání.²⁴

²⁴ AKCIOVÉ SPOLEČNOSTI A PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ [online], 2014.

Finanční hospodaření

Dle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, **příspěvková organizace zřízená územně samosprávným celkem** hospodaří s peněžními prostředky, získanými vlastní činností a s peněžními prostředky přijatými z rozpočtu svého zřizovatele. Dále hospodaří s prostředky svých fondů, s peněžitými dary od fyzických a právnických osob. Také může hospodařit s dotací na úhradu provozních výdajů, které jsou nebo mají být kryty z rozpočtu Evropské unie, včetně stanoveného podílu státního rozpočtu na financování těchto výdajů a s dotací na úhradu provozních výdajů podle mezinárodních smluv. Zřizovatel organizace poskytuje příspěvek na provoz své příspěvkové organizaci v návaznosti na výkony nebo jiná kritéria jejích potřeb. Pokud se prostředky z dotací nespoteřebují do konce kalendářního roku, převádějí se do rezervního fondu jako zdroj financování v následujících letech a mohou se použít pouze na stanovený účel. V rezervním fondu se tyto zdroje sledují odděleně. Prostředky, které na stanovený účel nebyly použity, podléhají finančnímu vypořádání se státním rozpočtem za rok, ve kterém byl splněn účel, na který byla dotace poskytnuta. Pokud příspěvková organizace vytváří ze své doplňkové činnosti zisk, může jej použít jen ve prospěch své hlavní činnosti; zřizovatel může organizaci povolit jiné využití tohoto zdroje.

Nemocnice, které mají právní formu **akciové společnosti**, jsou samostatnými subjekty, které ve svém finančním hospodaření nejsou omezovány jako příspěvkové organizace. Režim obchodní společnosti umožňuje nastavit lépe kontrolní mechanismy nad činnostmi organizace a nad hospodařením a nakládáním s majetkem. Společnost k financování svých činností může využívat vlastní i cizí zdroje. V případě vlastního kapitálu se jedná především o základní kapitál a výsledek hospodaření (zisk). S výší zisku souvisí výše nákladů a jejich ovlivňování, významná složka nákladů – mzdy zaměstnanců – nejsou v akciové společnosti vázány na rozhodnutí státu prostřednictvím vládního nařízení. Do výše mezd se tak mohou promítat prvky motivace a odměn podle kvality odvedené práce. Cizí zdroje jsou pro většinu obchodních společností nezbytným zdrojem financování. Na rozdíl od příspěvkové organizace musí akciová společnost řešit přiměřenost své kapitálové struktury a z dlouhodobého pohledu ji optimalizovat.²⁵

Rozdíly mezi příspěvkovými organizacemi a akciovými společnostmi vyplývají z jejich rozdílného právního postavení, jehož hlavní odlišnosti jsou uvedeny v příloze č. 1.

²⁵ AKCIOVÉ SPOLEČNOSTI A PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ [online], 2014.

3 Analýza hospodaření vybraného zdravotnického zařízení

Od roku 2003 dochází v některých zdravotnických zařízeních k přeměně příspěvkových organizací na obchodní společnosti. V následující kapitole budou detailně rozebrány finanční i nefinanční parametry Bílovecké nemocnice, a.s., která transformací na akciovou společnost prošla k 1. 1. 2008. Nejprve bude nastíněno prostředí zdravotnictví v Moravskoslezském kraji, který je zakladatelem Bílovecké nemocnice, a.s. Poté je krátce představena analyzovaná organizace a hlavní důvody změny právní formy. Hlavní částí pak jsou analýzy z pohledu ekonomicko-provozního, z hlediska hospodářského výsledku a poměrových analýz.

3.1 Zdravotnictví Moravskoslezského kraje

Zdravotnictví Moravskoslezského kraje nereprezentují pouze nemocnice, ale jedná se o širokou síť lékařů primární péče, ambulantních specialistů, lékáren, domácí zdravotní péče, dopravní zdravotní služby, léčeben dlouhodobě nemocných, odborných ústavů, dětských léčeben a lázní. Důležitou roli v tomto systému hraje také zdravotnická záchranná služba.

Moravskoslezský kraj jako zřizovatel zdravotnických zařízení a současně jako subjekt, na nějž byly přeneseny povinnosti ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, odborně dohlíží na organizaci, dostupnost a zabezpečení zdravotní péče poskytované v souladu se současnými poznatky lékařské vědy a ekonomickými možnostmi. Prostřednictvím krajských odborných garantů sleduje úroveň poskytované zdravotní péče, a to zejména u zdravotnických zařízení zřizovaných a založených Moravskoslezským krajem. K 31. 12. 2014 je Moravskoslezský kraj zřizovatelem či zakladatelem dvanácti organizací vykonávajících zdravotní služby, jejichž přehled je uveden v tabulce 3.1. Deset z nich je zapsáno jako příspěvková organizace, dvě jako akciová společnost: Bílovecká nemocnice, a. s. a Sanatorium Jablunkov, a. s.

Kromě těchto zařízení na území Moravskoslezského kraje vykonávají zdravotní služby i další organizace, které jsou zřizovány jinými subjekty, např. obcemi (Městská nemocnice Ostrava, p. o., Vítkovická nemocnice a.s., apod.), soukromými subjekty (ambulanční zařízení), nebo státem, např. Fakultní nemocnice Ostrava, p. o. či Rehabilitační ústav Hrabyně, p. o.²⁶

²⁶ POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI [online], 2014.

Tab. 3.1 Poskytovatelé zdravotních služeb, zřízení a založení Moravskoslezským krajem

Název organizace	Město
Nemocnice s poliklinikou Havířov, p. o.	Havířov
Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p. o.	Karviná-Ráj
Nemocnice Třinec, p. o.	Třinec
Bílovecká nemocnice, a.s.	Bílovec
Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.	Frýdek-Místek
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o.	Krnov
Slezská nemocnice v Opavě, p. o.	Opava
Dětský domov Janovice u Rýmařova, p. o.	Rýmařov
Dětské centrum Čtyřlístek, p. o.	Opava
Odborný léčebný ústav Metylovice - Moravskoslezské sanatorium, p. o.	Metylovice
Sanatorium Jablunkov, a. s.	Jablunkov
Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, p. o.	Ostrava

Zdroj: Krajský Úřad Moravskoslezského kraje, vlastní zpracování.

3.2 Charakteristika Bílovecké nemocnice, a. s.

Bílovecká nemocnice, a. s. (dále také jako „BNas“) je nestátní zdravotnické zařízení s dlouholetou historií.

K otevření nemocnice došlo již v roce 1898 s názvem Jubilejní nemocnice císaře Františka Josefa I. Od roku 1953 působila nemocnice pod názvem Okresní ústav národního zdraví v Bílovci. V roce 1997 došlo k privatizaci zdravotnické sítě, od nemocnice se oddělila poliklinika, v nemocnici působila oddělení základních medicínských oborů - chirurgie, vnitřní lékařství, dětské oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení. Po převedení státních nemocnic na kraje byla od roku 2004 nemocnice příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje. Již v roce 2005 však byla zaregistrována do Obchodního rejstříku jako Bílovecká nemocnice, a. s., která zahájila vlastní činnost od 1. 1. 2008, kdy na nemocnici byly rozhodnutím zastupitelstva Moravskoslezského kraje č. 19/1698 ze dne 27. 9. 2007 převedeny činnosti a zaměstnanci Nemocnice v Bílovci, p. o.

Jejím jediným akcionářem je Moravskoslezský kraj.²⁷ Primárními důvody přechodu na akciovou společnost byly ozdravení ekonomických výsledků hospodaření, potřebnost restrukturalizace služeb v návaznosti na demografický vývoj v oblasti, uvolnění mzdových prostředků a zvýšení motivace personálu organizace.

²⁷ HISTORIE BÍLOVECKÉ NEMOCNICE, A.S. [online], 2014.

Druh a rozsah poskytované zdravotní péče v Bílovecké nemocnici, a. s.

Bílovecká nemocnice, a.s. má v roce 2015 dle obchodního rejstříku povolenu činnost v oborech ústavní (lůžková) zdravotní péče a ambulantní a komplementární péče, může poskytovat i ostatní činnosti, jako jsou činnosti podnikatelských, finančních, organizačních a ekonomických poradců, specializovaný maloobchod a maloobchod se smíšeným zbožím, realitní činnost, hostinská činnost, praní, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu a osobního zboží, správa a údržba nemovitostí.²⁸ V roce 2004 poskytovala Nemocnice v Bílovci, p.o. zdravotní péči ve třinácti oborech, uvedených v příloze č. 2. V roce 2007 byla ukončena činnost gynekologické ambulance a dětské kardiologické ambulance, jednak v návaznosti na odchod lékaře gynekologické ambulance do starobního důchodu, jednak v akutní péči nebyla zřízena gynekologická lůžka. V roce 2009 naopak začaly poskytovat ambulantní službu diabetologická a podiatrická ambulance. V roce 2010 byla zrušena EEG laboratoř, neboť v nemocnici nepůsobí ambulantně žádný neurolog, v roce 2011 ukončila činnost ambulance ortopedická. V roce 2013 tak nemocnice poskytovala péči v jedenácti oborech, z toho je zachovaných devět původních z roku 2004.

V roce 2015 má BNas uzavřeny smlouvy s těmito pojišťovnami: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

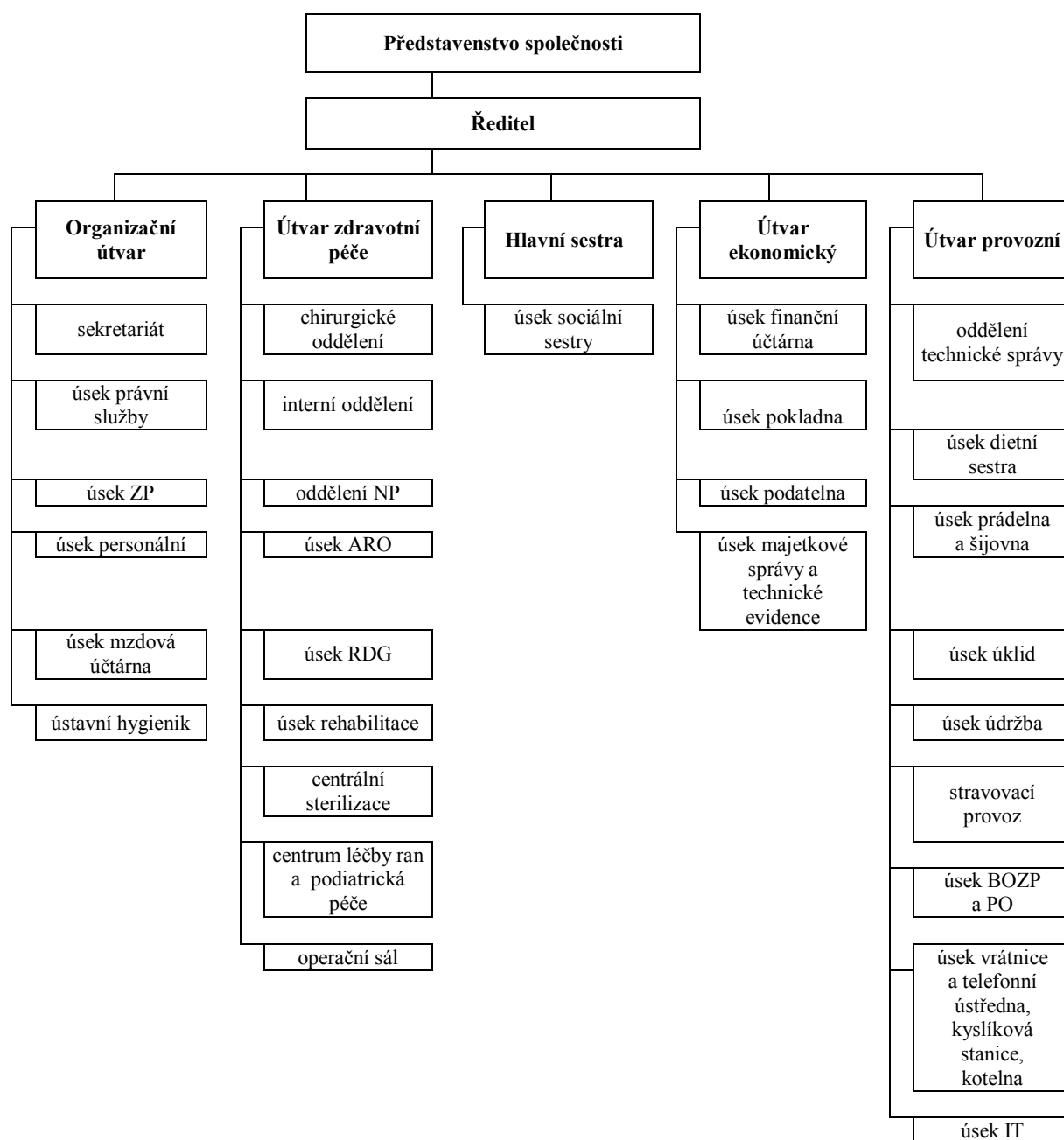
Úhrady za zdravotní péči jsou poskytovány na základě platné úhradové vyhlášky pro aktuální rok, v roce 2015 v souladu s vyhláškou č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 (Úhradová vyhláška), ve znění pozdějších předpisů. V ambulantní péči jsou výkony hrazeny výkonovým způsobem, chirurgické oddělení má hrazeny operační případy dle IR-DRG, vnitřní lékařství platbou za DRG případy a následná péče paušální platbou za ošetrovací den.

Organizační struktura Bílovecké nemocnice, a. s.

K 1. 4. 2015 je v Bílovecké nemocnici a. s. zaměstnáno 212 zaměstnanců. V organizačním schématu 3.1 je představena struktura a vazby zaměstnanců organizace.

²⁸ OBCHODNÍ REJSTŘÍK [online], 2014.

Schéma 3.1 Organizační struktura Bílovecké nemocnice, a. s.



Zdroj: Organizační řád, směrnice č. 3/2013 Bílovecké nemocnice, a.s., vlastní zpracování.

3.3 Hospodaření Bílovecké nemocnice, a.s.

Bílovecká nemocnice, a.s. byla od roku 2004 zapsána jako příspěvková organizace, od 1. 1. 2008 zahájila činnost jako akciová společnost. V následující části budou zhodnoceny základní ukazatele hospodaření nemocnice, které jsou rozděleny do tří podkapitol. Jako první jsou uvedeny vybrané provozně-ekonomické ukazatele, které mají vliv na hospodaření nemocnice, např. lůžkový fond a jeho využití, průměrná doba hospitalizace, přepočtený stav

pracovníků. V další podkapitole jsou analyzovány náklady, výnosy a hospodářský výsledek nemocnice, v poslední podkapitole pak bude provedena poměrová finanční analýza, která rozebírá ukazatele rentability, aktivity a likvidity zdravotnického zařízení.

3.3.1 Provozně-ekonomické ukazatele Bílovecké nemocnice, a. s.

Pro zhodnocení ekonomické efektivity nemocnic (technické a alokační) je používána řada ukazatelů, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče a mají vliv na řízení zdravotnických zařízení. Soustavou těchto provozně-ekonomických ukazatelů se zabývá následující podkapitola.

Důležitým faktorem, který ovlivňuje výsledek hospodaření nemocnic, je personální obsazenost. Výdaje na zaměstnance tvoří více než 50 % nákladů většiny nemocnic. Je potřeba zajistit potřebnou péči všem pacientům, zároveň je však prvořadým úkolem managementu důsledně sledovat počet pracovních míst ve vztahu k produktivitě. Ve srovnávacích tabulkách 3.2 a 3.3 jsou v časových řadách uvedeny celkové počty zaměstnanců (evidenční počet), z toho počet lékařů a počet samostatných zdravotnických pracovníků ne-lékařů, pracujících bez odborného dohledu (dále jen „ZPBD“²⁹) v lůžkové části.

Průměrná ošetrovací doba ve dnech sleduje podíl počtu ošetrovacích dnů k počtu hospitalizovaných pacientů v nemocnici.

Průměrný počet ošetrovacích dnů oddělení je vyjádřen jako počet ošetrovacích dnů oddělení za období dělený počtem období.

Lůžkový fond nemocnice představuje základní ukazatel ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Od jeho velikosti se odvíjejí požadavky na minimální personální a technické vybavení dané vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. Kapacita lůžkového fondu a jeho využití, tzv. obložnost, je proto dalším sledovaným ukazatelem. Ukazatel využití lůžkového fondu

²⁹ Podle § 5 až § 21 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, do skupiny ZPBD (zdravotnický pracovník ne-lékař, pracující bez odborného dohledu) patří: všeobecná zdravotní sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany veřejného zdraví, ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, biotechnický asistent, radiologický technik, adiktolog.

udává v procentech průměrné množství lůžek obsazených pacienty v průběhu roku ze všech využitelných provozuschopných lůžek.

a) Provozně-ekonomické ukazatele v letech 2004-2007

V letech 2004-2007 byla nemocnice vedena jako příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem byl Moravskoslezský kraj. V tabulce 3.2 jsou uvedeny hlavní ukazatele pro zhodnocení ekonomické efektivity nemocnic. Je patrné, že již od začátku sledovaného období se zaměřovala na následnou péči. Lůžkový fond následné péče tvořil v roce 2004 celkem 57,29 % lůžek. Od roku 2005 byl lůžkový fond navýšen o 10 lůžek, čímž se jejich podíl na celkovém počtu lůžek zvýšil na 59,41 %. V absolutním počtu byl v roce 2004 fond ve výši 192 lůžek, následující tři roky měla nemocnice celkem 202 lůžek.

Počet hospitalizovaných pacientů se ve sledovaném období výrazně měnil, v roce 2005 byl oproti roku 2004 nárůst počtu hospitalizovaných pacientů o 87,88 %, v následujícím roce byl naopak zaznamenán pokles o 42,61 %, a v roce 2007 opět nárůst o 47,26 %.

Tab. 3.2 Provozně-ekonomické ukazatele Nemocnice v Bílovci, p. o., v letech 2004-2007

Parametry	2004	2005	2006	2007
počet lůžek nemocnice	192	202	202	202
z toho počet lůžek akutní péče	82	82	82	82
z toho počet lůžek následné péče	110	120	120	120
počet hospitalizovaných pacientů	2121	3985	1698	3593
přepočtený počet zaměstnanců	227,49	226,67	218,27	213,02
přepočtený počet lékařů v lůžkové části	13,7	11,8	13,7	17,6
Přepočtený počet ZPBD v lůžkové části	60,46	63,4	61,2	70,7
obsazenost lůžka na lékaře	14	17,1	14,7	11,5
obsazenost lůžka na sestru (ZPBD)	3,2	3,2	3,3	2,9
počet ošetrovacích dnů	34 944	66 248	37 168	57 351
využití lůžek v % (obložnost)	88,7 %	94,5 %	83,0 %	89,6 %
průměrná ošetrovací doba ve dnech	12,58	9,88	13,51	10,83
průměrný plat (v Kč)	15 699	15 554	18 279	19 220

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a.s., vlastní zpracování.

Z personálního pohledu celkový počet zaměstnanců po všechna sledovaná období mírně klesal, avšak počet lékařů v lůžkové části od roku 2005 stoupal, stejně jako počet ZPBD. Průměrná mzda se navyšovala, v roce 2007 to byl nárůst oproti roku 2004 o cca 22 %.

Co se týče využití lůžkového fondu, tzv. obložnosti, trend kolísá, ale stále se drží vysoko nad celorepublikovým průměrem, který byl 79,1 % v roce 2004, 79 % v roce 2005, 77,8 % v roce 2006 a 77,4 % v roce 2007.³⁰

Průměrná ošetrovací doba byla ve sledovacím období poměrně vysoká, pohybovala se mezi 9,88 dny až 13,51 dny, celorepublikový průměr se v těchto letech pohyboval od 7,7 dní do 8,1 dní. Vyšší hodnoty jsou však jak u ukazatele obložnosti, tak u průměrné ošetrovací doby dány orientací nemocnice především na následnou péči.

b) Provozně-ekonomické ukazatele v letech 2008-2013

Od roku 2008 změnila Bílovecká nemocnice právní formu na akciovou společnost. Tab. 3.3 dokumentuje výsledky a vývoj provozně-ekonomických ukazatelů v letech 2008-2013.

Lůžkový fond byl od roku 2008 až do roku 2012 stabilní a činil 162 lůžek, z toho 82 lůžek akutní péče a 80 lůžek následné péče. Výrazná změna nastala v roce 2013, kdy byl snížen počet lůžek akutní péče z 82 na 50 (interní oddělení o 16 lůžek, mezioborová JIP o 6 lůžek a na chirurgickém oddělení snížení o 10 lůžek). Lůžkový fond následné péče byl zachován. Tato změna byla důsledkem optimalizace akutního lůžkového fondu při vyjednávání dlouhodobých rámcových smluv zdravotnických pojišťoven se zdravotnickými zařízeními, vyplývajícího z Memoranda zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace (dále jen Memorandum).³¹ Oproti roku 2007 tak došlo ke snížení lůžkového fondu o 19,75 %.

Počet hospitalizovaných pacientů již nekolísá tak výrazně jako v předcházejícím období, od roku 2009 do 2012 se pohyboval kolem 3500 pacientů. V roce 2013 se počet pacientů v návaznosti na redukci počtu lůžek v akutní péči snížil o zhruba 500 hospitalizovaných pacientů.

Přepočtený počet zaměstnanců se v tomto období dále snižoval na 190,16 pracovníků, konečný počet lékařů v lůžkové části je v roce 2013 nejnižší za celé sledované období, stejně jako počet ne-lékařů. Výsledek je ovlivněn poklesem počtu lůžek v akutní péči. Snížení počtu pracovníků je v roce 2013 k roku 2004 o 10,87 %. Znamená to, že ačkoliv se snížil počet lůžek o téměř 20 %, nekopíruje snížení počtu pracovníků stejnou procentuální hodnotu.

³⁰ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], 2014.

³¹ Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace [online], 2015.

Průměrná mzda se od roku 2008 navyšovala, nejvyšší hodnoty dosáhla v roce 2012, v posledním sledovaném roce je patrný úbytek o 1381 Kč v přepočtu na zaměstnance.

Snižující se trend v obložnosti lůžkového fondu byl zvrácen v roce 2013, kdy bylo dosaženo 87,3 %. Průměrná ošetrovací doba se v průběhu sledovaných let snižovala z 10,69 na 9,94 dnů.

Tab. 3.3 Provozně-ekonomické ukazatele v Bílovecké nemocnici, a. s. v letech 2008-2013

Parametry	2008	2009	2010	2011	2012	2013
počet lůžek nemocnice	162	162	162	162	162	130
z toho počet lůžek akutní péče	82	82	82	82	82	50
z toho počet lůžek následné péče	80	80	80	80	80	80
počet hospitalizovaných pacientů	2731	3693	3641	3280	3547	2984
přepočtený počet zaměstnanců	213,36	215,15	241,12	239,02	203,08	190,16
přepočtený počet lékařů v lůžk. části	15,3	17,5	16,5	14,5	14,6	12,6
přepočtený počet ZPBD v lůžk. části	42,6	52,9	53,8	55,69	50,7	40,55
obsazenost lůžka na lékaře	10,6	9,3	9,8	11,2	11,1	10,3
obsazenost lůžka na sestru (ZBDP)	3,8	3,1	3	2,9	3,2	3,2
počet ošetrovacích dnů	53 096	51 601	50 735	48 527	46 234	43 028
využití lůžek v % (obložnost)	90,1 %	87,3 %	83,0 %	77,7 %	68,4 %	87,3 %
průměrná ošetrovací doba ve dnech	10,69	10,91	10,74	9,98	10,25	9,94
průměrná mzda v Kč	16 642	16 990	17 850	18 795	21 600	20 219

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

3.3.2 Analýza nákladů a výnosů Bílovecké nemocnice, a. s.

Každá zdravotnická instituce, i jednotlivý provozovatel, lékař, podnikatel či velká nemocnice, má určité vstupy (inputy). Musí mít k dispozici technické zázemí, přístroje, budovy, dostatečný počet zaměstnanců, peníze, materiál, léky, suroviny atd. Nutné vstupy představují pořizovací náklady podnikání. Pojem náklady má tedy širší význam, neboť další významná složka nákladů vzniká v rámci transformace vstupů (tzn. při běžném provozu) jako náklady provozní.

Jedním ze základních cílů při hospodaření každé organizace musí být dosažení co nejlepší hospodárnosti firmy, tj. dosažení co nejlepších výsledků (výstupů) s co nejmenšími vstupy. To znamená tlak na snižování nákladů a zvyšování výnosů. Pro další vývoj ekonomického subjektu je však nezbytné investovat generované peníze do neustálého zlepšování techniky, technologie a znalostí lidí. Organizace tudíž musí vynakládat i další druh nákladů, tzv. náklady investiční.

Náklady představují v peněžním vyjádření spotřebu věcných prostředků a práce. Náklad je penězi vyjádřená částka, kterou je třeba vynaložit, aby byly získány výnosy. Náklady jsou jedním ze základních ukazatelů úrovně ekonomické efektivity subjektu. V nemocničních zařízeních typu akciové společnosti jsou sledovány náklady, jako jsou např. spotřeba léků, potravin, dlouhodobého hmotného majetku, spotřeba energií, mzdové náklady a jiné.

Výnosy jsou oceněné výkony činnosti. Úhradou zdravotních služeb vznikají prvotní výnosy. Součástí celkových výnosů mohou být i neprovozní (druhotné) výnosy. Příkladem provozních výnosů jsou především tržby za realizované období (za výkony), respektive příjmy. Příkladem neprovozních výnosů jsou většinou částky nájemného, příjmy z vkladů apod. Je samozřejmé, že přirozenou snahou každého podnikatelského subjektu je zvyšování příjmů. Výnosy podnikání by měly být alespoň takové, aby pokryly náklady. V tom případě by podnikatel zabezpečil alespoň prostou reprodukci výrobních faktorů.

Hospodaření ekonomických subjektů se k určitému období vyjadřuje **výsledkem hospodaření**, který představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady organizace (zpravidla za jeden kalendářní rok). Hospodářským výsledkem může být buď zisk, nebo ztráta. Celkový zisk znamená, že k danému termínu jsou celkové výnosy vyšší než celkové náklady, v opačném případě vzniká ztráta. Zisk je kritériem pro rozhodování o všech základních otázkách týkajících se činnosti ekonomického subjektu, o struktuře a množství aktivit, o investicích, inovacích, nárůstu mezd apod.³²

a) Horizontální a vertikální analýza nákladů a výnosů Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007

Pro provedení horizontální a vertikální analýzy vycházíme z dat výkazu zisku a ztrát. V této podkapitole jsou vyhodnoceny výsledky za období roku 2004 až 2007 (viz příloha 3, 4 a 7a), kdy nemocnice působila jako příspěvková organizace. Hlavní i doplňková činnost jsou uvedeny souhrnně.

Vertikální analýza zkoumá pomocí procentuálního rozboru komponent podíl dané položky ke zvolenému základu, zde k celkovým nákladům a celkovým výnosům. Veličina, která vyjadřuje nejvyšší podíl, má největší vliv na vývoj celkové veličiny. V letech 2004 až 2007 tvoří majoritní podíl z celkových výnosů položka za tržby vlastních výrobků a služeb,

³² GLADKIJ, Ivan et al. *Management ve zdravotnictví* (2003, s. 138 - 141).

respektive výkonů, pohybuje se v průměru těsně nad 95 %. Z této informace vyplývá, že pro nemocnici je podstatné, aby důsledně vykazovala zdravotní péči pojišťovnám a vyhnula se tak průtahům s platbami, které ovlivňují cash-flow a tím i ukazatele likvidity. Druhou procentuálně nejvyšší položkou na výnosové straně jsou ostatní výnosy, zde především výnosy z pronájmů. Vliv na vývoj celkových výnosů však je minoritní, neboť za sledované období do roku 2007 tvoří v průměru jen 3,3 % k celkovým výnosům.

Na straně nákladů jsou nejdůležitější položkou mzdové náklady a odvody na zdravotní a sociální pojištění. V průměru za dané období tvoří průměrně 63,4 %. V pořadí druhou zásadní položkou je spotřeba materiálu. Jedná se o léčiva, speciální zdravotnický materiál, krev a krevní deriváty a potraviny pro pacienty. Na celkových nákladech se podílí průměrně 17,2 %. S průměrnými hodnotami nad 8 % jsou třetí nejdůležitější položkou služby, do kterých jsou zahrnuty např. opravy a údržba, telekomunikace, nájemné, konzultační a poradenské služby. Následuje položka za spotřebu energie, která ovlivňuje celkové náklady v průměru jen ze 4,6 %.

Horizontální analýza vyjadřuje pomocí řetězových indexů procentuální změnu určité veličiny poměřovanou k předcházejícímu účetnímu období. Hodnoty jsou uvedeny v příloze č. 3, 4 a 7a.

Tržby za vlastní výrobky a služby, které ve zdravotnických zařízeních představují výkony za zdravotní péči, jsou hlavním zdrojem financování nemocnice. V letech 2004 až 2007, kdy byla organizace příspěvkovou organizací, byly tržby nejvyšší v roce 2006, na což měl vliv především nárůst provedených výkonů. Nejvyšší dotace od zřizovatele přijala organizace v roce 2004, kdy byly poskytnuty provozní dotace na oddlužení v hodnotě téměř 1,1 mil. Kč.

Na straně nákladů jsou nejpodstatnější položkou mzdové náklady, které tvoří přes 60 % celkových nákladů. Meziročně vzrostly nejvíce v roce 2006, a to o 15,18 %. Příčinou byly legislativní změny v odměňování zdravotnických pracovníků, které se řídí nařízením vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Další podstatnou položkou v nákladech je spotřeba materiálu. Z přílohy č. 4 je patrné, že nejvíce vzrostly v roce 2005, kdy se organizace v očekávání transformace na akciovou společnost a možných potíží s cash-flow předzásobila zejména léky a speciálním zdravotnickým materiálem s delší expirací. V dalších letech se postupně spotřebovávaly a hodnoty se v této položce v dalších letech snížily na zhruba 18 mil. Kč. Také spotřeba energie ovlivňuje nákladovou stránku, za čtyři sledované roky má stoupající tendenci, ale meziroční tempo růstu se snižuje.

Doplňková činnost činila v jednotlivých letech maximálně 2 % z celkových nákladů i výnosů. Na stránce výnosů to byly zejména nájem z majetku organizace soukromým osobám a společností podnikajícím v areálu nemocnice, na nákladech se nejvíce podílely mzdové náklady, energie a odpisy hmotného a nehmotného investičního majetku. Vzhledem k minoritnímu podílu na výsledcích jsou uvedeny souhrnně s hlavní činností a nejsou zde detailněji rozebírány.

Při pohledu na celkový hospodářský výsledek můžeme konstatovat, že do roku 2006 měla organizace kladný hospodářský výsledek, v roce 2007 však skončila se schodkem téměř 11 mil. Kč, což bylo dáno stagnujícími výnosy a rostoucími náklady.

b) Horizontální a vertikální analýza nákladů a výnosů Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013

Tato podkapitola se věnuje vývoji nákladů a výnosů, kterých dosáhla organizace po změně právní formy v závěru roku 2007, viz příloha 5, 6 a 7b.

Z vertikální analýzy je patrné, že nejvýraznější položkou v celkových výnosech jsou opět tržby za vlastní výkony. V letech 2008-2010 činily nad 96 %, poté se však vliv snižuje, v roce 2011 na 82,61 % a v následujících dvou letech se propadly až na cca 62 % z celkových výnosů. Tato skutečnost je dána nárůstem v položce ostatních výnosů, kde se jednak rozpouští dotace poskytnuté MPSV ČR na vzdělávání pracovníků pro zvýšení jejich osobnostního rozvoje a adaptability, jednak jsou zde účtovány výnosy z dříve odepsaných pohledávek. Ostatní výnosy tak v roce 2012 a 2013 tvořily průměrně 38 % z celkových výnosů. Tento údaj je však spíše jen účetní položkou a nemá na výnosy velký vliv, neboť na straně nákladů se zároveň účtují jako náklady z dříve odepsaných pohledávek VZP ČR a v celkovém hospodářském výsledku v součtu tvoří nulu.

Na straně nákladů zůstávají stejně jako v období před rokem 2007 hlavní položkou mzdové náklady, které se do roku 2011 na celkových nákladech podílely více než 60 %, poté činily necelých 43 %. Na snížení procentuálního podílu mělo vliv účtování nákladů z dříve odepsaných pohledávek. V pořadí druhou nejvýznamnější položkou jsou výše zmíněné ostatní náklady, které v roce 2012 a 2013 tvořily téměř 36 % z podílu celkových nákladů. Třetí nejvýraznější položku tvořila spotřeba materiálu, která se na celkových nákladech podílela v průměru 14,34 %.

Vývoj jednotlivých složek nákladů a výnosů v průběhu let 2008-2013 sleduje **horizontální analýza**. Tržby za vlastní výkony, nejpodstatnější zdroj výnosů zdravotnické

organizace, měly v průběhu sledovaných let kolísavý charakter. Nejlepšího výsledku bylo dosaženo v roce 2011, kdy k roku 2010 vzrostly o 8,01 %, poté došlo v roce 2012 k propadu hodnot o 5,88 % a dále v roce 2013 o 6,23 %. Kladný vliv na výsledek měly změny v úhradové vyhlášce, v propadu hodnot bylo hlavním důvodem snížení počtu akutních lůžek o 32 lůžek, což představuje snížení o 19,75 % z celkového lůžkového fondu. Zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví v roce 2008 se ve struktuře výnosů nemocnic projevilo zvýšením příjmů mimo veřejné zdravotní pojištění, nicméně z hlediska podílu na celkových výnosech se jedná spíše o doplňkový zdroj příjmů. Také tržby za prodané zboží byly nejvyšší v roce 2011, v absolutní hodnotě to bylo necelých 469 tis. Kč, pak ale následoval pokles na pouhých 5 tis. Kč. Na těchto tržbách se podílel především prodej léků a tržby v bistro, kde však byl v roce 2012 ukončen prodej a prodejna převedena do pronájmu. Největší nárůsty byly v položce ostatní výnosy, kdy v roce 2010 stouply trojnásobně, a v dalších letech dále stoupaly. Kulminovaly v roce 2012 s hodnotou více než 74 mil. Kč, poté následoval mírný pokles. Jak již bylo uvedeno výše, jedná se o účetní položku, která se přenáší jak do výnosů, tak do nákladů (odkup pohledávek VZP ČR faktoringovou společností Factoring KB, a.s.). Především nárůst této položky způsobil, že tempo růstu celkových výnosů se meziročně zvyšovalo s výjimkou posledního sledovaného roku, kdy se snížilo oproti předcházejícímu roku o 12 %.

Na nákladové straně se opět nejvyšší měrou podílely mzdové náklady. Ty v akciové společnosti nemusí reflektovat legislativní změny v odměňování pracovníků, dané tarifními tabulkami. Náklady na mzdy do roku 2011 rostly, od roku 2012 mají klesající tendenci. Je to dáno snižováním stavu zaměstnanců po roce 2011. Daří se omezovat spotřebu materiálu, v této položce je od roku 2011 pokles o 14 %, i spotřebu energie, která se meziročně snižuje již od roku 2009. Naopak zvyšující se trend má položka ostatních provozních nákladů, která obsahuje náklady z dříve odepsaných pohledávek. Tyto náklady rostou od roku 2010, za poslední dva roky se pohybují průměrně okolo 65 mil. Kč. Celkově se náklady po sledované období roku 2008 až 2013 zvyšovaly, trend byl zvrácen v roce 2013, kdy poklesly o 12 %.

Výsledek hospodaření měl kolísavý charakter, první dva roky po přechodu na akciovou společnost skončila organizace s přebytkem, v roce 2010 a 2011 ve ztrátě. Další dva roky – především díky vyššímu procentu nárůstu výnosů k nákladům – nemocnice dosáhla kladného hospodářského výsledku.

3.3.3 Poměrová finanční analýza Bílovecké nemocnice, a. s.

Analýza poměrovými ukazateli je nejčastěji používaná metoda finanční analýzy, neboť umožňuje rychlou představu o finanční situaci podniku. Vychází z finančních výkazů jako je rozvaha, výkaz zisku a ztráty a přehled o finančních tocích (výkaz cash-flow). Tyto výkazy jsou veřejně dostupné, tudíž je analýza poměrovými ukazateli využívána i externími uživateli. Ukazatele se dají rozřadit do skupin podle oblastí hodnocení hospodaření a finančního zdraví podniku. Jsou to především skupiny ukazatelů rentability, aktivity, likvidity, zadluženosti, kapitálového trhu apod. Podstatou srovnávání jednotlivých ukazatelů je srovnávání vzhledem k normě, neboli s žádoucími, doporučenými hodnotami. Ukazatele se také mohou srovnávat v čase, v určitém počtu navazujících časových období, provádí se tzv. analýza časového vývoje. Tam, kde jsou dostupné výsledky podniků ve stejném oboru, lze provést oborovou analýzu.³³

a) Analýza zadluženosti

Ukazatele zadluženosti slouží jako indikátory výše rizika, jež podnik nese při daném poměru a struktuře vlastního kapitálu a cizích zdrojů. Čím vyšší zadluženost podnik má, tím vyšší riziko na sebe bere, protože musí být schopen své závazky splácet bez ohledu na to, jak se mu právě daří. Určitá výše zadlužení je však obvykle pro firmu užitečná z toho důvodu, že cizí kapitál je levnější než vlastní, jelikož úroky z cizího kapitálu snižují daňové zatížení podniku. Z hlediska riskantnosti je však vlastní kapitál nejméně rizikovým kapitálem a nejbezpečnějším zdrojem financování.

Celková zadluženost

Celková zadluženost (3.1) je základním ukazatelem zadluženosti. Výši celkové zadluženosti lze získat poměrem výše celkových zdrojů k celkovým aktivům. Doporučená hodnota, na kterou se odvolává řada autorů odborné literatury, se pohybuje mezi 30 – 60 %.

$$\text{Celková zadluženost} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{aktiva celkem}} \quad (3.1)$$

³³ DLUHOŠOVÁ, Dana. et al. *Finanční řízení a rozhodování podniku* (2010, s. 74 - 76).

Míra zadluženosti

Míra zadluženosti (3.2) je dalším často využívaným ukazatelem, který poměruje cizí a vlastní kapitál. Pro posuzování je také důležitý jeho časový vývoj, zda se podíl cizích zdrojů při financování zvyšuje či snižuje, neboť signalizuje, do jaké míry by mohly být ohroženy nároky věřitelů.³⁴

$$\text{Míra zadluženosti} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{vlastní kapitál}} \quad (3.2)$$

V tabulce 3.4 jsou vypočteny hodnoty celkové zadluženosti a míry zadluženosti Bílovecké nemocnice, a.s. v časové řadě od roku 2004 do roku 2013. Vstupní hodnoty jsou uvedeny v tis. Kč, ukazatele zadluženosti pak v procentech. Celková zadluženost se do roku 2009 drží pod 15% hranicí, od roku 2010 vzrostla nad 30 %. Je to dáno jak poklesem aktiv, tak naopak nárůstem cizího kapitálu.

Vývoj míry zadluženosti, to jest podílu cizích zdrojů k vlastnímu kapitálu má podobnou tendenci, od roku 2010 vzrostla z původních zhruba 20 % na cca 50 %, i když v posledním sledovaném roce již klesá na 44 %. Čím vyšší zadluženost organizace má, tím vyšší riziko na sebe bere, protože musí být schopna své závazky splácet bez ohledu na to, jak se jí právě daří. Cizí zdroje by neměly překročit jeden a půl násobku hodnoty vlastního jmění; optimální stav je nižší hodnota cizích zdrojů než vlastního jmění.

Tab. 3.4 Ukazatele zadluženosti Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Ukazatele zadluženosti	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aktiva celkem	114 058	113 472	100 039	112 037	86 204	87 204	95 683	96 269	92 687	85 155
Vlastní kapitál	99 649	99 102	86 954	89 191	74 851	75 191	59 048	58 190	58 641	59 217
Cizí zdroje	14 409	14 370	13 085	22 846	12 075	12 738	30 211	34 034	33 806	25 766
Celková zadluženost	13 %	13 %	13 %	20 %	14 %	15 %	32 %	35 %	36 %	30 %
Míra zadluženosti	14 %	15 %	15 %	26 %	16 %	17 %	51 %	58 %	58 %	44 %

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

³⁴ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 84 - 86).

b) Analýza likvidity

Likvidita vyjadřuje schopnost podniku hradit své závazky, tzn. její platební schopnost. Ukazatele likvidity poměřují to, čím je možno platit (hodnoty v čitateli), s tím, co je nutno zaplatit (hodnoty ve jmenovateli). Tato analýza se člení na tři stupně podle doby likvidnosti, tj. přeměnitelnosti na peníze.

Ukazatel běžné likvidity (likvidita III. stupně)

Ukazatel běžné likvidity (3.3) udává, kolikrát pokrývají oběžná aktiva krátkodobé cizí zdroje podniku, do likvidních prostředků je řazen krátkodobý finanční majetek. Doporučená hodnota ukazatele je v rozmezí 1,5 – 2,5. V případě, že hodnota je rovna 1, je podniková likvidita značně riziková, příliš vysoká hodnota zase svědčí o zbytečně vysoké hodnotě čistého pracovního kapitálu a drahém financování.

$$\text{Běžná likvidita} = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé cizí zdroje}} \quad (3.3)$$

Ukazatel pohotové likvidity (likvidita II. stupně)

Do ukazatele pohotové likvidity (3.4) jsou řazeny jak krátkodobé pohledávky, tak krátkodobý finanční majetek. Ukazatel by měl nabývat hodnot v rozmezí 1 – 1,5. Při poměru menším než 1 musí podnik spoléhat na případný prodej zásob.

$$\text{Pohotová likvidita} = \frac{\text{krátkodobé pohledávky} + \text{krátkodobý finanční majetek}}{\text{krátkodobé cizí zdroje}} \quad (3.4)$$

Ukazatel okamžité likvidity (hotovostní likvidita, likvidita I. stupně)

Ukazatel hotovostní likvidity (3.5) by měl nabývat hodnot v rozmezí 0,2 – 0,5. Vysoké hodnoty ukazatele svědčí o neefektivním využití finančních prostředků.³⁵

$$\text{Hotovostní likvidita} = \frac{\text{krátkodobý finanční majetek}}{\text{krátkodobé cizí zdroje}} \quad (3.5)$$

³⁵ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 91 - 92)

V tab. 3.5 jsou uvedeny výsledky ukazatelů likvidity v časové řadě od roku 2004, přes rok 2008, kdy byla instituce převedena na akciovou společnost, až po rok 2013. Běžná likvidita spíše klesá, od roku 2010 je vždy pod hranicí hodnoty 1,0, přičemž doporučená hodnota je v rozmezí 1,5 – 2,5. Znamená to, že krátkodobé závazky není možné z oběžných aktiv uhradit. Vývoj pohotové likvidity se také snižuje, za poslední čtyři sledované roky jsou hodnoty pod doporučenou hodnotou 1,0. To naznačuje negativní trend v zajištění finančních prostředků. Okamžitá likvidita se drží těsně nad nulovými hodnotami, nad hodnotou 0,2 se držela od roku 2004 až po rok 2009, pak již hodnoty klesají a nedosahují ani hodnoty 0,1.

Tab. 3.5 Ukazatele likvidity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Ukazatele likvidity	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Oběžná aktiva	26 650	29 134	16 892	15 632	15 350	13 166	18 542	20 760	15 881	9 443
Krátkodobé cizí zdroje	14 409	14 370	13 085	22 785	12 076	12 738	23 063	23 115	24 273	19 324
Krátkodobé pohledávky	15 494	16 619	13 844	9 911	7 663	9 737	16 153	19 794	14 990	8 299
Krátkodobý fin. majetek	9 361	18 304	6 179	5 624	7 683	3 429	1 318	595	524	797
<i>Běžná likvidita</i>	1,85	2,03	1,29	0,69	1,27	1,03	0,80	0,90	0,65	0,49
<i>Pohotová likvidita</i>	1,72	2,43	1,53	0,68	1,27	1,03	0,76	0,88	0,64	0,47
<i>Okamžitá likvidita</i>	0,65	1,27	0,47	0,25	0,64	0,27	0,06	0,03	0,02	0,04

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

c) *Analýza rentability*

Rentabilita, resp. výnosnost vloženého kapitálu, je měřítkem schopnosti dosahovat zisku použitím investovaného kapitálu, tj. schopnosti podniku vytvářet nové zdroje. Ukazatele rentability jsou udávány v procentech a měly by mít rostoucí tendenci. Nejčastěji používanými ukazateli jsou rentabilita tržeb (Return On Sales – ROS), rentabilita celkového kapitálu (Return on Assets – ROA) a rentabilita vlastního kapitálu (Return On Equity – ROE).³⁶

Rentabilita tržeb (ROS)

Ukazatel rentability tržeb (3.6) vyjadřuje ziskovou marži při dané úrovni výnosů, která je důležitým ukazatelem pro hodnocení úspěšnosti podnikání.

³⁶ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 98-100).

$$\text{Rentabilita tržeb} = \frac{\text{čistý zisk}}{\text{celkové tržby}} \quad (3.6)$$

Rentabilita celkového kapitálu (ROA)

Rentabilita celkového kapitálu (3.7) je ukazatel, který měří výkonnost neboli produkční sílu podniku. Poměruje zisk s celkovými aktivy bez ohledu na to, zda je kapitál financován z vlastních či cizích zdrojů.

$$\text{Rentabilita celkového kapitálu} = \frac{EBIT}{\text{celková aktiva}} \quad (3.7)$$

Rentabilita vlastního kapitálu (ROE)

Měřením rentability vlastního kapitálu (3.8) lze vyjádřit výnosnost kapitálu vloženého vlastníky podniku. Výsledek ukazatele by se měl pohybovat alespoň několik procent nad dlouhodobým průměrem úročení dlouhodobých vkladů.³⁷

$$\text{Rentabilita vlastního kapitálu} = \frac{\text{čistý zisk}}{\text{vlastní kapitál}} \quad (3.8)$$

V tabulce 3.6 jsou uvedeny hodnoty rentability Bílovecké nemocnice, a.s. za období od roku 2004 po rok 2013. Základní předpoklad, že ukazatele rentability by měly mít rostoucí tendenci, není splněn ani u jedné z analyzovaných veličin. Rentabilita tržeb vyjadřuje podíl zisků na celkových tržbách, v odvětví zdravotnictví však tvorba zisku není primární náplní jejich služeb. Očekávaná hodnota by se měla držet nad nulovou hranicí. To není splněno v letech 2007, 2010 a 2011. Důvodem je schodek hospodaření, kdy organizace skončila v záporných hodnotách. Hlavní příčinou byly zvýšené náklady, v roce 2007 jednak mzdové, na základě zákonem předepsaného navýšení, jednak ve skupině služeb, kdy se realizovala oprava budovy F. V letech 2010 a 2011 byl schodek způsoben především zvýšenými náklady investičního charakteru (tvorba rezerv na vybudování stravovacího provozu).

Rentabilita celkového kapitálu má také kolísavý charakter a stejně jako rentabilita tržeb vykazovala záporné hodnoty v letech 2007, 2010 a 2011, neboť čistý zisk po zdanění dosahoval taktéž z výše uvedených důvodů schodek v hospodaření. Nejvyšších výkyvů v procentuálním vyjádření pak dosahoval ukazatel rentability vlastního kapitálu, neboť vlastní

³⁷ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 98-100).

kapitál tvořil z celkových aktiv do roku 2007 více než 80 %, v letech 2010 a 2011 byl podíl vlastních aktiv 62 %, resp. 60 % k celkovým aktivům.

Tab. 3.6 Ukazatele rentability Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Ukazatele rentability	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Čistý zisk před zdaněním (EBIT)	-2	1 608	3 376	-10 846	823	341	-14 902	-1 084	62	533
Čistý zisk po zdanění (EAT)	72	141	2 254	-10 846	823	341	-12 665	-858	180	128
Celkové tržby	91 964	91 629	98 594	94 422	106 223	114 710	113 094	122 400	114 771	107 621
Celková aktiva	114 058	113 472	100 039	112 037	86 204	87 204	95 683	96 269	92 687	85 155
Vlastní kapitál	99 649	99 102	86 954	89 191	74 851	75 191	59 048	58 190	58 641	59 217
Rentabilita tržeb (ROS)	0,0 %	1,8 %	3,4 %	-11,5 %	0,8 %	0,3 %	-13,2 %	-0,9 %	0,1 %	0,5 %
Rentabilita celkového kapitálu (ROA)	0,0 %	1,4 %	3,4 %	-9,7 %	1,0 %	0,4 %	-15,6 %	-1,1 %	0,1 %	0,6 %
Rentabilita vlastního kapitálu (ROE)	0,1 %	0,1 %	2,6 %	-12,2 %	1,1 %	0,5 %	-21,4 %	-1,5 %	0,3 %	0,2 %

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

d) Analýza aktivity

S pomocí ukazatelů aktivity lze zjistit, zda je velikost jednotlivých druhů aktiv v rozvaze v poměru k současným nebo budoucím hospodářským aktivitám podniku přiměřená, ukazatele aktivity tedy měří schopnost podniku využívat vložené prostředky. Nejvyužívanějšími ukazateli jsou obrat aktiv (rychlost obratu neboli počet obrátek), doba obratu zásob, doba obratu pohledávek a doba obratu krátkodobých závazků (doba obratu vyjádřená ve dnech, po kterou je majetek vázán).³⁸

Obrat aktiv

Ukazatel obratu aktiv (3.9) vyjadřuje zhodnocování aktiv bez ohledu na zdroje krytí. Minimální doporučená hodnota ukazatele je 1, všeobecně pak platí, že čím je hodnota ukazatele vyšší, tím lépe.

$$\text{Obrat aktiv} = \frac{\text{celkové tržby}}{\text{celková aktiva}} \quad (3.9)$$

³⁸ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 103 - 105).

Doba obratu zásob

Ukazatel doby obratu zásob (3.10) udává, jak dlouho trvá jeden obrat, tj. doba nutná k tomu, aby peněžní fondy přešly přes výrobky a zboží znovu do peněžní formy.

$$\text{Doba obratu zásob} = \frac{\text{průměrný stav zásob}}{\text{celkové tržby}} \cdot 360 \quad (3.10)$$

Doba obratu pohledávek

Doba obratu pohledávek (3.11) je dobou existence kapitálu ve formě pohledávek. Vyjadřuje období od okamžiku prodeje na obchodní úvěr, po které musí podnik v průměru čekat, než obdrží platby od svých odběratelů.

$$\text{Doba obratu pohledávek} = \frac{\text{průměrný stav pohledávek}}{\text{celkové tržby}} \cdot 360 \quad (3.11)$$

Doba obratu závazků

Ukazatel doby obratu závazků (3.12) vyjadřuje dobu od vzniku závazku do doby jeho úhrady. Měl by dosáhnout alespoň doby obratu pohledávek. Ukazatele doby obratu závazků a pohledávek jsou důležité pro posouzení časového nesouladu od vzniku pohledávky do doby jejího inkasa a od vzniku závazku do doby jeho úhrady, což přímo ovlivňuje likviditu podniku.³⁹

$$\text{Doba obratu závazků} = \frac{\text{krátkodobé závazky}}{\text{celkové tržby}} \cdot 360 \quad (3.12)$$

Vývoj ukazatelů aktivity je zobrazen v tabulce 3.7. Obrat aktiv se mírně v průběhu let zvyšuje, což je pozitivní jev. Po dobu, kdy byla nemocnice vedena jako příspěvková organizace, byl obrat aktiv na úrovni hodnot zhruba 0,85 dnů, po přechodu na akciovou společnost se ukazatel navyšuje na průměrných 1,25 dnů. Doporučené hodnoty by měly být vyšší než 1, což organizace od transformace v roce 2008 splňuje. Doba obratu zásob by měla být naopak co nejnižší, čím kratší dobu zásoby zůstávají v podniku, tím méně jsou vázány potřebné peněžní prostředky. Trend je pozitivní, v přelomovém roce 2008 byly hodnoty velmi

³⁹ KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady* (2013, s. 103 - 105).

vysoké, ovšem za poslední tři sledované roky se udržují kolem hranice jednoho dne. Také u ukazatele doby obratu pohledávek jsou nižší hodnoty pozitivní, na začátku sledovaného období byly kolem 60 dnů, nyní se daří dobu snižovat, v roce 2013 již byly o více než 50 % nižší a dosahovaly necelých 28 dnů. Doba obratu závazků mírně kolísá kolem 70 dnů, měla by dosahovat alespoň hodnoty doby obratu pohledávek, což se nemocnici od přechodu na a.s. daří.

Tab. 3.7 Ukazatele aktivity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Ukazatele aktivity	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Celkové tržby	91 964	91 629	98 594	94 422	106 223	114 710	113 094	122 400	114 771	107 621
Celková aktiva	114 058	113 472	100 039	112 037	86 204	87 204	95 683	96 269	92 687	85 155
Celkové zásoby	853	1 575	1 663	98	3 786	0	1 071	371	367	348
Pohledávky celkem	15 494	16 619	13 844	9 911	7 663	9 737	16 153	19 794	14 990	8 299
Krátkodobé závazky	14 409	14 370	13 085	22 785	12 075	12 738	23 063	23 115	24 273	19 324
<i>Obrat aktiv</i>	0,81	0,81	0,99	0,84	1,23	1,32	1,18	1,27	1,24	1,26
<i>Doba obratu zásob</i>	3,34	6,19	6,07	0,37	12,83	0,00	3,41	1,09	1,15	1,16
<i>Doba obratu pohledávek</i>	60,65	65,29	50,55	37,79	25,97	30,56	51,42	58,22	47,02	27,76
<i>Doba obratu závazků</i>	56,41	56,46	47,78	86,87	40,92	39,98	73,41	67,99	76,14	64,64

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

4 Zhodnocení hospodaření vybraného zdravotnického zařízení

V této části práce bude provedeno zhodnocení ekonomického vývoje Bílovecké nemocnice a. s. ze tří aspektů, které byly podrobně popsány v předcházející kapitole. Nejprve bude pozornost věnována vývoji provozně-ekonomických ukazatelů, poté analýze nákladů a výnosů a následně poměrové finanční analýze v letech 2004-2013. V každé této části bude zhodnocen vliv transformace nemocnice na obchodní společnost, budou také nastíněny kroky a doporučení, které by mohly vést ke stabilizaci či zlepšení hospodaření analyzované organizace, které jsou shrnuty v závěru kapitoly.

4.1 Zhodnocení provozně-ekonomických ukazatelů, návrhy a doporučení

Na provozně-ekonomické ukazatele měly v průběhu sledovaných let především vlivy vně nemocnice, v roce 2012 především Memorandum zdravotních pojišťoven. Jeho cílem bylo nejen zefektivnění počtu nemocničních lůžek v rámci oddělení i celých nemocnic, ale současně i zvýšení kvality lůžkové péče. Účelem bylo především snížení počtu lůžek akutní péče zhruba o deset procent a v návaznosti na demografické změny, především stárnutí obyvatelstva, změna poměru mezi lůžky následné a akutní péče.

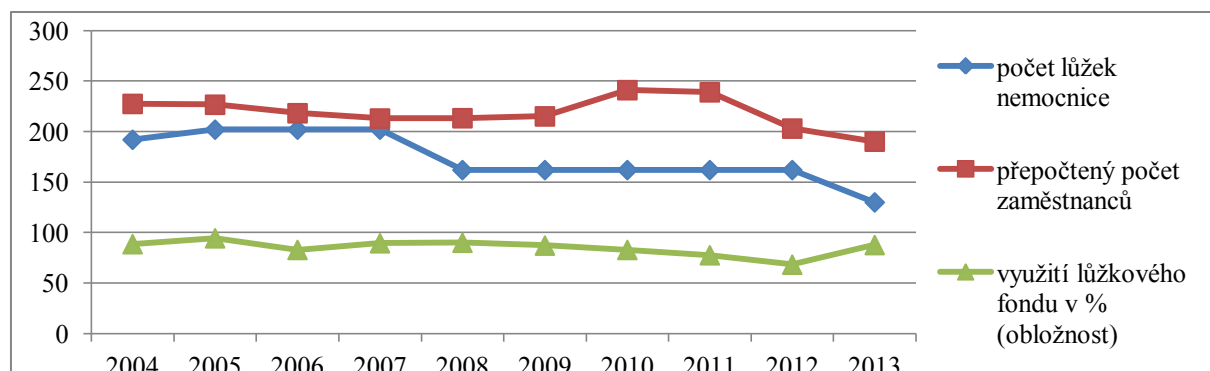
V BNas se po přechodu na akciovou společnost v roce 2008 celkový počet lůžek snížil z 202 na 162, přičemž lůžkový fond akutní péče byl zachován v původním počtu 82 lůžek, snižoval se jen počet lůžek následné péče, a to o 40 lůžek. Na základě doporučení v Memorandu v roce 2013 došlo k dalšímu snižování, které se projevilo redukcí lůžkového fondu v akutní péči o 32 lůžek. Celkový stav je tak k poslednímu sledovanému roku, tj. roku 2013, celkem 130 lůžek.

Se snižováním počtu lůžek je předpoklad snižování počtu pracovníků. V porovnání roku 2013 k roku 2004 došlo ke snížení o 37,33 zaměstnanců v přepočteném stavu.

Využití lůžkového fondu (obložnost) je údaj, který ovlivňuje výnosy nemocnic, neboť úhrady ze zdravotních pojišťoven jsou navázány právě na využívání kapacit. Průměrné hodnoty obložnosti činily za dobu působení zařízení jako akciové společnosti 82,3 %. Ve srovnání s průměrnými hodnotami dosaženými před transformací, které činily 89,0 %, mají klesající tendenci, což je z pohledu nemocnice nežádoucí trend. Jak dokládá obr. 4.1, pozitivní zvrát nastává až v roce 2013, kdy hodnoty dosahovaly 87,3 %. Hypotéza, stanovená v úvodu diplomové práce, která zněla: „*Po přechodu organizace na a.s. se zvýšilo procento*

využití kapacity lůžkového fondu“ se tak nepotvrdila. Naopak, po transformaci docházelo spíše k poklesu, až poslední rok sledovaného období, díky redukci lůžkového fondu, přinesl pozitivní zvrat.

Obr. 4.1 Hlavní provozně-ekonomické ukazatele Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

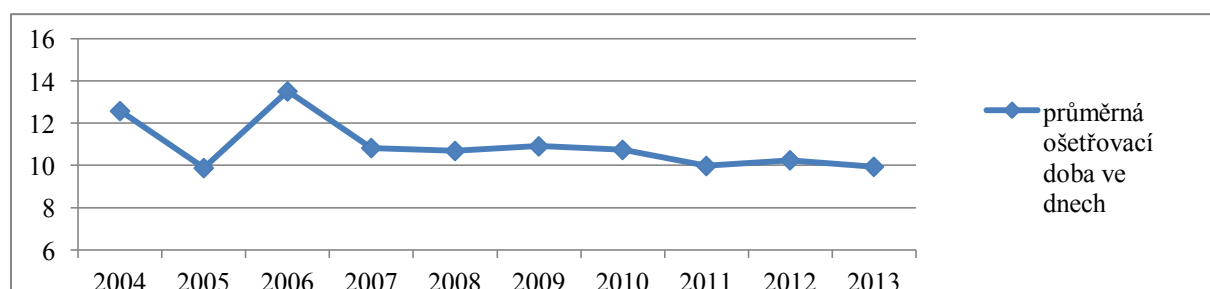


Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Doporučením pro další období by bylo další snižování počtu lůžek. Toto rozhodnutí je však důležité velmi dobře zvážit, neboť v průběhu roku, v době stoupající nemocnosti či navýšení počtu zákroků, jsou lůžka na některých odděleních maximálně vytížená, a jejich počet by bylo potřeba ještě navýšit. Pokud by nemocnice přikročila ke snížení počtu lůžek, požadavek opětovného zvýšení lůžkového fondu je předmětem dohod se zdravotními pojišťovnami, které nemusí navýšení schválit.

Druhá hypotéza, která bude ověřena, je hypotéza: „V rámci sledovaných let 2004-2013 došlo ke snížení průměrné ošetrovací doby pacientů“. Z obr. 4.2 vyplývá, že průměrná ošetrovací doba ve dnech se v meziročním srovnání v průběhu sledovaných deseti let snížila, v letech 2004-2007 činila 11,70 dní, po změně právní formy činila průměrně 10,42 dny, což je pozitivní ukazatel. Lze tedy říci, že tato hypotéza byla potvrzena, po výkyvu v roce 2005 je trend průměrné ošetrovací doby klesající.

Obr. 4.2 Průměrná ošetrovací doba ve dnech v Bílovecké nemocnici, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

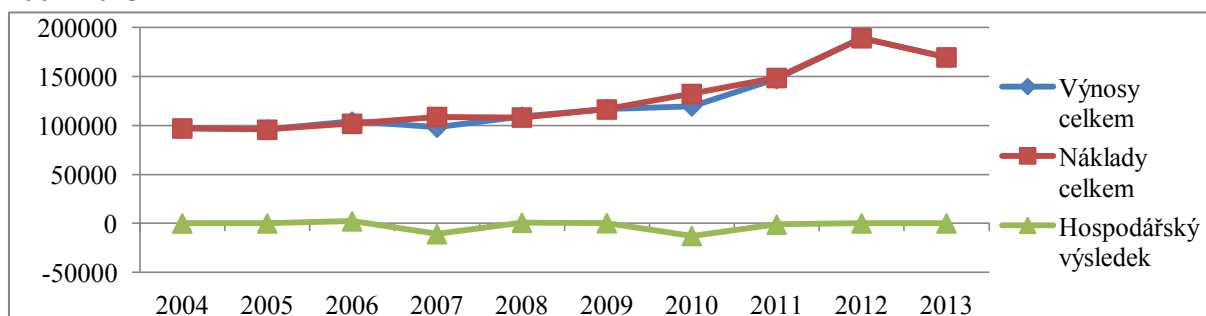
Průměrné platy se také v průběhu let zvyšovaly, v roce 2004 činily 15 699 Kč, v roce 2007 byl průměrný plat pracovníků 19 220 Kč. Přesto byl nižší než průměrný plat zaměstnanců příspěvkových organizací zdravotnických zařízení v ČR, ten v roce 2007 činil 23 513 Kč. Po přechodu na akciovou společnost mzdy mírně klesly, meziročně se zvyšovaly jen pozvolna. V roce 2013 byly průměrně mzdy v BNas vypláceny v částce 20 219 Kč, průměrně v ČR činily v roce 2013 ve zdravotnických zařízeních typu a.s. 25 314 Kč.⁴⁰

Výše platu vypláceného v příspěvkových organizacích jsou v České republice průměrně vyšší, než mzdy ve zdravotnických zařízeních, které jsou vedeny jako obchodní společnosti. Management společnosti by měl tento fakt vzít v úvahu, a pokud mzdy bude držet na stávající úrovni, měl by v Bílovecké nemocnici, a.s. vytvořit dobré pracovní podmínky, které povedou ke spokojenosti zaměstnanců. Mohou se tak vyhnout možným odchodům zaměstnanců ke konkurenčním nemocnicím ze mzdových důvodů.

4.2 Zhodnocení analýzy nákladů a výnosů, návrhy a doporučení

Hospodářský výsledek měl výrazný propad v letech 2007 a 2010 důsledkem poklesů celkových výnosů. Jak ukazuje obr. 4.3, po změně právní formy mají jak náklady, tak výnosy rostoucí trend a oba ukazatele se téměř kopírují. Průměrně dosahoval hospodářský výsledek v příspěvkové organizaci -2 093,71 tis. Kč, v akciové společnosti -2 046,48 tis. Kč. Za poslední dva sledované roky je již kladný, v roce 2013 dosáhl 128 tis. Kč, což je v porovnání s ostatními nemocnicemi, zapsanými jako akciová společnost, velmi dobrý výsledek. Průměrný dosažený hospodářský výsledek těchto nemocnic (101 subjektů) skončil v roce 2013 se schodkem 836 tis. Kč.⁴¹

Obr. 4.3 Náklady, výnosy a hospodářský výsledek Bílovecké nemocnice, a.s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

⁴⁰ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR [online], 2015.

⁴¹ Tamtéž [online], 2015.

Management by měl důsledně kontrolovat především poměr tržeb za výkony s výkonovou spotřebou, navyšování mezd a důkladně zvážit své investiční záměry, neboť tyto položky hlavní měrou ovlivňují dosažený hospodářský výsledek. Od roku 2012 se náklady na mzdy snižují v závislosti na snižování počtu zaměstnanců. Pokud srovnáváme poměr tržeb na celkových výkonech a poměr výkonové spotřeby k tržbám, docházíme k výsledku, že poměr tržeb je téměř konstantní, kdežto výkonová spotřeba se od roku 2010 snižuje. Dochází tak k zhodnocování reálné zdravotní péče. Investiční záměr na výstavbu stravovacího provozu, který byl plánován od roku 2010, se posléze ukázal jako zmařená investice a značně zatížil nákladovou stránku. Pozitivním krokem bylo přistoupení k faktoringu, tzn. odkupu pohledávek Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR společností Factoring KB, a. s.

4.3 Zhodnocení poměrové finanční analýzy, návrhy a doporučení

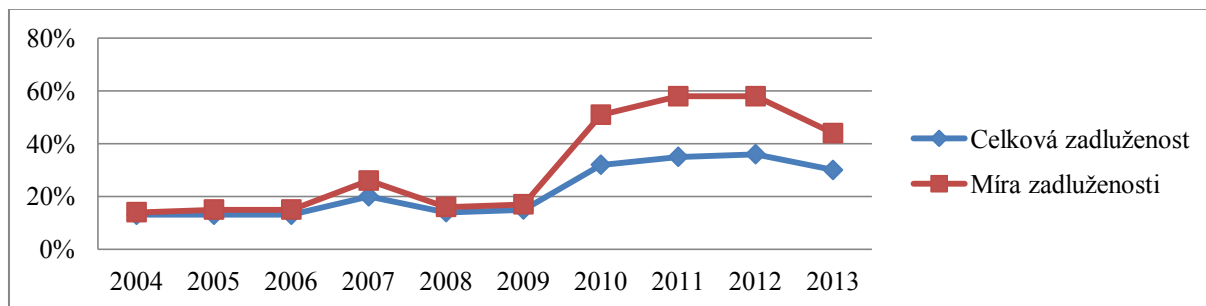
V obr. 4.4, který znázorňuje vývoj **celkové zadluženosti a míry zadluženosti** nemocnice v letech 2004 až 2013 je patrné, že přechod na akciovou společnost od 1. 1. 2008 neznamenal bezprostřední nárůst celkové zadluženosti, ani míry zadluženosti. Na konci roku 2007, kdy Bílovecká nemocnice, a. s. přecházela na jinou právní formu, se sice oba ukazatele mírně zvýšily, následující dva roky se však ustálily na původních hodnotách. Růst se projevil až v roce 2010, kdy se zvýšila jak celková zadluženost a nyní se pohybuje kolem 30 %, tak míra zadluženosti, která se v letech 2011 a 2012 držela na 58 % a v roce 2013 klesla na 44 %. Z ekonomického pohledu je tento stav optimální. Celková zadluženost neboli ukazatel věřitelského rizika se pohybuje na nižší hranici doporučeného rozmezí 30 - 60 %. Průměrně v době 2004-2007 tento ukazatel dosahoval 15% hodnoty, za období 2008-2013 se hodnoty zvyšovaly a průměrně činily 27 %. Na konci sledovaného období dosáhla BNas 30 %, což je v porovnání s výsledky 96 nemocnic z roku 2013 lepší výsledek, neboť průměrné hodnoty hodnocených nemocnic byly 42 %. ⁴² Odborníci částečné financování prostřednictvím cizích zdrojů doporučují, neboť je to levnější varianta, než úhrada z vlastních prostředků.

Průměrně v období před transformací dosahovala míra zadluženosti, tj. zadluženost vlastního kapitálu, 17 %. Po přechodu na a.s. byly průměrné hodnoty ve sledovaném období ve výši 41 %. I přes zvýšení nemocnice stále dosahuje doporučených hodnot, neboť vlastní

⁴² HODNOCENÍ FINANČNÍHO ZDRAVÍ NEMOCNIC V ČR, [online], 2015.

zdroje převyšují cizí kapitál. V tomto případě by případné získání dalších zdrojů, např. úvěrů z bank, nemělo být ohroženo.

Obr. 4.4 Ukazatele zadluženosti Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Dalším hodnoceným ukazatelem byly **ukazatele likvidity**, a to okamžitá, pohotová a běžná. Ty ověřují, zda je organizace solventní, to znamená, zda je schopna včas hradit své závazky. Vývoj těchto ukazatelů zachycuje obr. 4.5. Přejít na akciovou společnost znamenal pro likvidní prostředky snížení hodnot, a to u všech ukazatelů likvidity. Tyto ukazatele se držely do roku 2007 průměrně na hodnotě 1,46 u běžné likvidity, 1,59 u pohotové likvidity a 0,66 u okamžité likvidity. Po změně právní formy měly hodnoty snižující se tendenci, průměrně činí hodnoty za roky 2008 až 2013 u běžné likvidity 0,86, u pohotové likvidity 0,84 a u okamžité likvidity 0,18. Nedosahují tak doporučených hodnot, které jsou stanoveny na 1,5 – 2,5 u běžné likvidity, 1 - 1,5 u pohotové a 0,2 – 0,5 u okamžité likvidity. U všech hodnot je navíc patrná zhoršující se tendence, v roce 2013 byly konečné hodnoty pro běžnou likviditu 0,49, pro pohotovou 0,47 a pro okamžitou 0,04.

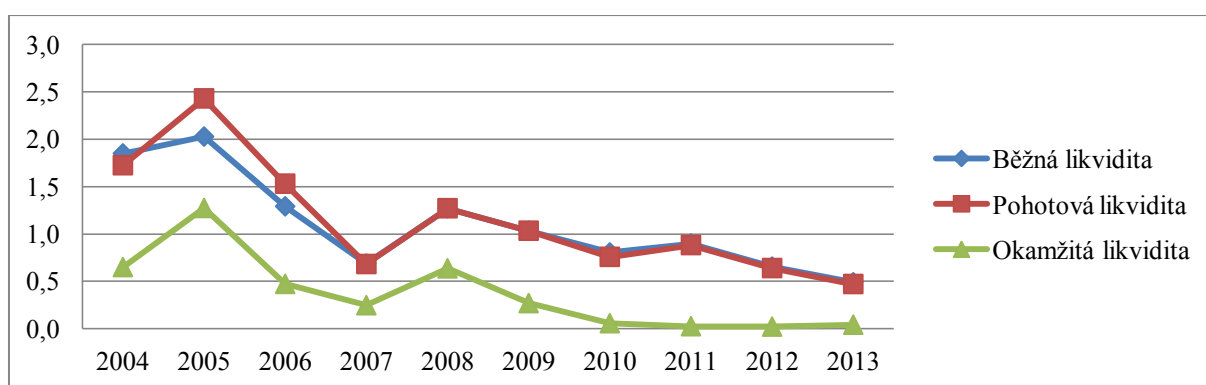
Nízký ukazatel u okamžité (peněžní) likvidity naznačuje, že v pokladně není dostatek likvidních prostředků na uhrazení aktuálně splatných závazků. Výrazně nízká hodnota pohotové likvidity může znamenat nadměrnou váhu zásob drženou v zařízení a tím sníženou schopnost podniku krýt peněžními prostředky závazky z obchodního styku a závazky vůči zaměstnancům. Ani v porovnání s výsledky 96 subjektů, poskytujících zdravotní péči v roce 2013, není BNas s ukazateli pohotové likvidity lépe. Tyto nemocnice vykazují v průměru hodnoty 1,52⁴³, kdežto nemocnice v Bílovci dosáhla pouze hodnoty 0,47.

Hodnoty běžné likvidity signalizují neproduktivní vázání prostředků v hotovosti, nízkou solventnost a problémy s krytím dluhů.

⁴³ HODNOCENÍ FINANČNÍHO ZDRAVÍ NEMOCNIC V ČR, [online], 2015.

Všechny složky ukazatelů likvidity jsou pod stanovenými hodnotami, znamená to, že nemocnice má problém hradit své splatné závazky. Příčinou jsou především zpožděné úhrady zdravotních pojišťoven za výkony, což má za následek vysoké hodnoty závazků. BNas se tomu snaží čelit spoluprací s faktoringovou společností, která za provize vymáhá úhrady s co nejmenší prodlevou. V prostředí nemocnic, kde není možno zásadním způsobem ovlivňovat tržby, resp. výnosy, je možnou variantou, jak zlepšit výsledek ukazatelů likvidity, snížení krátkodobého cizího kapitálu, zejména splacení a další nevyužívání krátkodobých úvěrů.

Obr. 4.5 Ukazatele likvidity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

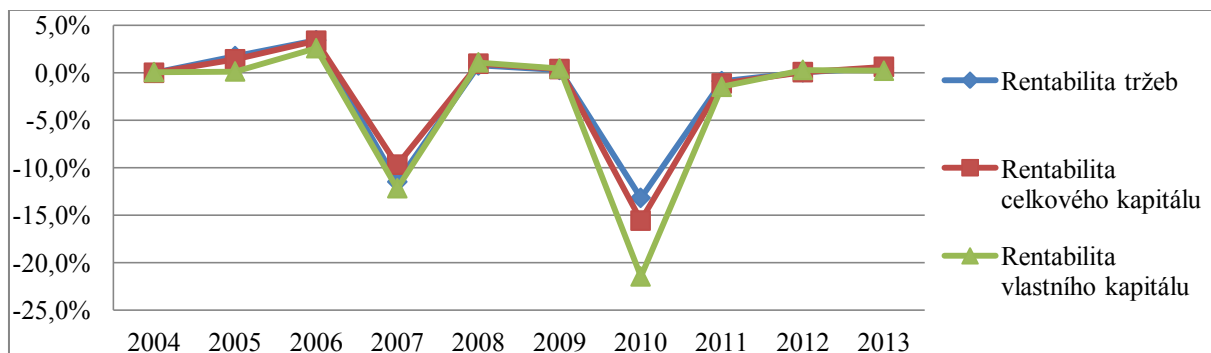
Ukazatele rentability představují poměr zisku (kladného hospodářského výsledku) k základně, s jejíž pomocí bylo zisku dosaženo. Analyzovanými skupinami byla rentabilita tržeb, celkového kapitálu a vlastního kapitálu, dosažené hodnoty jsou graficky znázorněny v obr. 4.6.

Průměrné hodnoty rentability tržeb za období působení nemocnice jako příspěvkové organizace byly -1,6 %, průměrné hodnoty dosažené za období akciové společnosti dosáhly hodnot -2,1 %. K poklesu hodnot došlo také u rentability celkového kapitálu, kdy byla průměrná hodnota -1,2 % v období let 2004 až 2007 a -2,4 % v letech 2008-2013, i u rentability vlastního kapitálu (-2,3 % k -3,5 %), přičemž trend by měl být naopak rostoucí. Z pohledu výsledků roku 2013 však již obrát k lepšímu nastal, hodnoty v tomto roce dosáhly u rentability tržeb 0,5 %, u rentability celkového kapitálu 0,6 % a u rentability vlastního kapitálu 0,2 %.

Zdravotnická zařízení nemohou příliš ovlivňovat výnosy, neboť tržby za výkony, tvořící obvykle více než 80 % z celkových výnosů, jsou dány úhradovou vyhláškou. Proto mohou na kladný výsledek rentability, který je ovlivňován především dosažením přebytku

hospodaření, resp. zisku, působit důsledným stlačováním nákladů. Výrazný dopad také mají investiční záměry, proto je vhodné zvážit, zda budou mít v budoucnu pozitivní vliv. Od roku 2010 však nemocnice svou výkonnost neustále mírně zvyšuje.

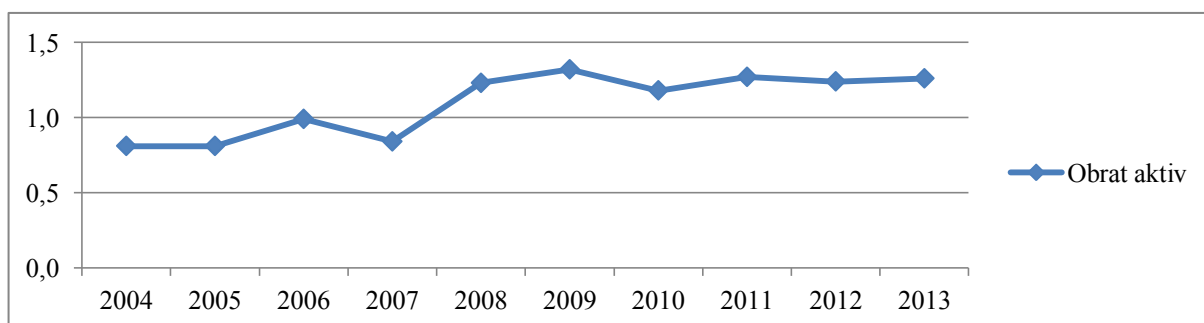
Obr. 4.6 Ukazatele rentability Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Ukazatele aktivity neboli obratovosti měří, jak úspěšně využívá management podniku aktiva. Obrat aktiv neboli rychlost obratu, jehož vývoj je uveden v obr. 4.7, po transformaci v roce 2007 roste, což je pozitivní jev. Po dobu hospodaření příspěvkové organizace se hodnoty držely průměrně na 0,86 dní, po přechodu na akciovou společnost se navýšily průměrně na 1,25 dní. V posledním sledovaném roce byl ukazatel ještě o něco vyšší, 1,26 dní, což naznačuje pozitivní trend. Hodnoty jsou nad doporučenou hranicí hodnoty 1 a každá obrátka kapitálu přináší nemocnici zisk.

Obr. 4.7 Ukazatele aktivity – obrat aktiv Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

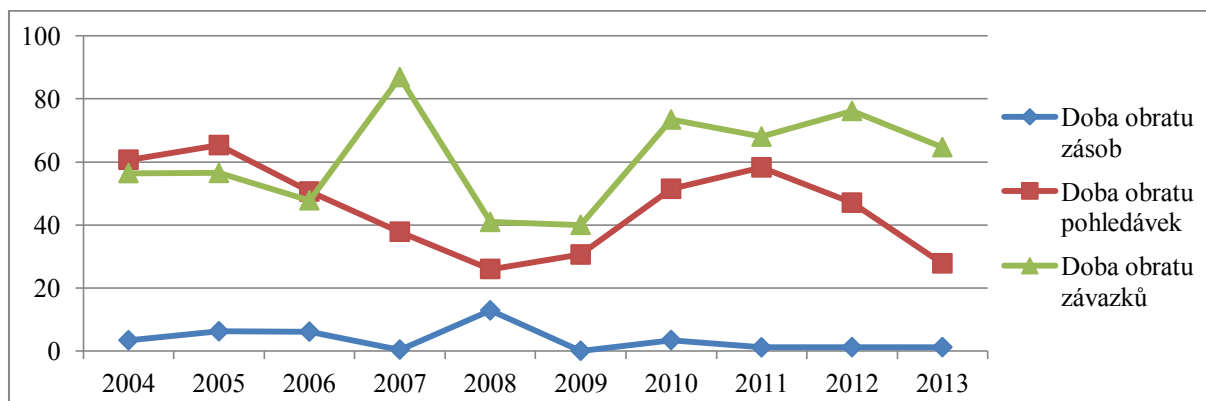
Doba obratu zásob, pohledávek a závazků (viz obr. 4.8) jsou ukazatele, ve kterých se přepočítává, za jak dlouho dojde k obratu předmětné veličiny. U ukazatelů doby obratu je žádoucí co nejnížší hodnota, tzn. co možná nejnížší počet dní.

Doba obratu zásob se do roku 2007 držela průměrně na 3,99 dní, v průběhu let 2008 až 2013 se průměrné hodnoty snižovaly na 3,27. Od roku 2011 se daří dobu obratu udržet na hodnotě těsně nad 1 dnem, v roce 2013 to bylo 1,16 dní.

Doba obratu pohledávek má také pozitivní tendenci. Oproti letům 2004-2007, kdy se hodnoty průměrně držely na 53,57 dnech, se po transformaci snížily průměrně na 40,16 dní. V posledním sledovaném roce je kapitál vázán ve formě pohledávek už jen 27,76 dní, což je pozitivní výsledek.

Doba obratu závazků je ukazatel, který vyjadřuje platební disciplínu organizace a schopnost dostát svým závazkům vůči obchodním partnerům či zaměstnancům. Bohužel je stále poměrně vysoká. Průměrné hodnoty před transformací byly 61,88 dní, po změně právní formy se snížily průměrně na 60,51 dní, avšak v roce 2013 se hodnoty zvýšily o 4,13 dní. Aby se nemocnice dostala na nižší hodnoty, měla by snižovat své krátkodobé závazky. Přesto lze vývoj ukazatele doby obratu závazků hodnotit kladně, neboť se drží nad hodnotami doby obratu pohledávek.

Obr. 4.8 Ukazatele aktivity – doba obratu Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013



Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Souhrn všech hodnocených ukazatelů, jejich vývoj, průměrné hodnoty za období před transformací a po transformaci, včetně doporučených trendů či hodnot, jsou uvedeny v příloze č. 8.

4.4 Shrnutí návrhů a doporučení

Diagnostika ze tří úhlů pohledu přinesla ucelenější obraz hospodářské situace Bílovecké nemocnice, a.s. Odhalila problémové okruhy, které mají negativní vliv na výsledky zdravotnického zařízení. Jelikož vycházejí ze základních dat organizace, nelze bez hlubší analýzy příčin stanovit konkrétní kroky k jejich eliminaci. Přesto jsou v dalším textu uvedeny

možné návrhy řešení a doporučení, která by mohla přispět ke stabilizaci či zlepšení hospodaření nemocnice.

Ukazuje se, že po transformaci na akciovou společnost došlo v Bílovecké nemocnici, a.s. ke zlepšení v obou ukazatelích zadluženosti a ve většině ukazatelů aktivity. Také se snižovala průměrná ošetrovací doba ve dnech, důležitý ukazatel efektivity nemocnice. Lepších výsledků dosáhla také v celkovém hospodaření, neboť v posledních dvou letech nemocnice hospodařila se ziskem.

Největší problémy se vyskytují v oblastech likvidity, klesá také procento využití lůžkového fondu. Odměňování pracovníků nedosahuje průměrné výše v porovnání k podobnému typu zařízení. U ukazatelů rentability je patrný pozitivní vývoj až v posledních dvou letech. Toto jsou oblasti, na které by se měl management BNas v rámci zlepšení hospodaření zaměřit nejvíce.

Citlivá změna struktury medicínských oborů a nabídky zdravotní péče, respektující potřeby obyvatel regionu, by mohla posílit zájem občanů, potenciálních pacientů, o využívání zdravotních služeb BNas. Došlo by tak k navýšení objemu zdravotních výkonů, a tím i zvýšení využití kapacity lůžkového fondu. To má návaznost i na zvýšení výnosů nemocnice od zdravotních pojišťoven. Hlubší analýza využití lůžkového fondu a důvody, které vedou ke snižování obloženosti, by měla napomoci k optimalizaci lůžkového fondu. Také dotazníkové šetření na zájem občanů o služby nemocnice a důvody, proč využívají jiných nemocničních zařízení, by mohla vedení ukázat směr, kterým by se mohla nemocnice vydat.

Hospodářský výsledek, který tvoří rozdíl mezi výnosy a náklady, je jedním z nejsledovanějších ukazatelů. Akciová společnost by měla být ze své podstaty zisková, neboť nemůže očekávat ze strany veřejných subjektů žádné příspěvky, kterými se možná ztráta dorovnává z rozpočtu jejího zakladatele, tak jako je to u příspěvkových organizací. Kladný výsledek - zisk - může být v akciové společnosti rozdělen a je hlavním motivačním prvkem. Vytvořený přebytek umožňuje další rozvoj organizace, finanční motivaci managementu i zaměstnanců, slouží k profinancování investičních záměrů, například nákupu modernějších lékařských přístrojů. To napomáhá ke zlepšení nabídky péče o pacienta a dobrého jména nemocnice, což vede ke zvýšení konkurenceschopnosti v síti zdravotnických zařízení.

Výnosy, které jsou příjmovou složkou, nejsou ve zdravotnickém odvětví příliš ovlivnitelné. V BNas jsou z 95 % tvořeny výnosy za tržby z vlastních výkonů. Ty jsou ohodnoceny na základě platné legislativy a pevně dány platnou úhradovou vyhláškou. Výnosy za tržby z vlastních výkonů, které nemocnice získává od zdravotních pojišťoven, tvoří

nejproblematictější oblast. Při nenaplnění výkonů při sjednaných paušálních platbách dochází ke srážkám, značné kolísání je dáno i vlivem fluktuace pojištěnců. Při překročení výkonů nad limit nejsou výkony proplaceny buď vůbec, nebo jen zčásti. Tyto důvody zcela ovlivňují výsledky ukazatelů likvidity a ve své podstatě jsou příčinou snížené schopnosti krýt krátkodobé závazky. Situaci se nemocnice snaží řešit faktoringem, přesto ani tato forma odkupu pohledávek, která má snížit dobu krátkodobých pohledávek, ukazatele likvidity nezvyšuje. Vedení nemocnice by mělo zrealizovat audit řízení pohledávek a závazků, které by nastavilo postupy a pravidla, jak tento kritický stav účelně řešit.

Protože nemocnice nemůže příliš ovlivňovat výnosovou stránku, musí se zaměřit na stránku nákladovou, a to ve všech jejích oblastech, které jsou tvořeny osobními, materiálními a investičními náklady. Jedním z východisek pro zlepšení výsledků BNas by mohlo být provedení personálního auditu s cílem identifikovat činnosti, které se mohou optimalizovat a zajistit odstranění duplicitního vykonávání aktivit. Nastavení standardizace procesů a postupů by zefektivnilo chod jednotlivých oddělení. Také je zde na zvážení možnost outsourcingu některých administrativních a jiných nemedicínských činností.

Pro snížení materiálních nákladů by mohlo být přínosným zavedení centrálního nákupu, a to jak pro speciální zdravotnický materiál a léky, tak pro ostatní materiál, jako jsou pohonné hmoty, čisticí a dezinfekční prostředky, kancelářský materiál a v neposlední řadě využívané služby a dodávky energií. Důležitou složkou je také motivace pracovníků k šetrnému využívání všech pracovních pomůcek, materiálu a služeb. U stávajících dodavatelských smluv by bylo vhodné jejich přezkoumání a v případě nevyhovujících podmínek vypsání nových výběrových řízení. Dalším z návrhů pro zlepšení hospodaření je nastavení systému řízení zásob a jeho optimalizace, neboť nadměrná zásoba ovlivňuje vázanost likvidních prostředků, které pak nemohou být použity pro hrazení závazků společnosti.

Investiční náklady do neustálého zlepšování techniky, technologie a znalostí lidí jsou pro další vývoj ekonomického subjektu nezbytné, je potřeba je však vynakládat účelně.

V neposlední řadě by se management nemocnice měl zabývat i personální motivací zaměstnanců. Průměrná mzda v organizaci nedosahuje úrovně průměrných mezd ve srovnatelných zařízeních. Spokojený zaměstnanec odvádí kvalitní práci a nezvažuje odchod ke konkurenčním zařízením. Tlak na udržení stávající výše mezd a tím nezvyšování nákladů by měl být vykompenzován alespoň nefinanční motivací. Tou může být příznivé pracovní klima, možnost seberealizace a profesionálního růstu, ale i morální ocenění, jako je např. pochvala, uznání či vyhodnocení nejlepších pracovníků v závěru roku.

Vypisována je také široká škála projektů, dotací a grantů, do kterých se mohou organizace přihlásit a které bezplatně přinášejí různé formy školení a vzdělávání, stejně jako možnosti pro zlepšování pracovního prostředí.

Moravskoslezský kraj jako zakladatel Bílovecké nemocnice, a.s. a zároveň subjekt, který je zřizovatelem dalších jedenácti zdravotnických zařízení, by měl koncepčně řídit dlouhodobý vývoj jednotlivých nemocnic, koordinovat jejich postupy a vytvářet tak optimalizovanou propojenou síť, ve které bude docházet k synergiím poskytovaných služeb, k efektivnímu využívání přístrojové techniky i lidských zdrojů.

Jako orgán, který sjednocuje celou škálu poskytování medicínských oborů a služeb v Moravskoslezském kraji, by měl vést jednání s každým jednotlivým subjektem, předávat si vzájemně informace a využívat poznatků jednotlivých pracovišť, které by mohly pomoci k nastavení fungujících, ziskových společností, kde hlavním zájmem zůstane péče o pacienta.

5 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku hospodaření ve zdravotnictví. Předmětem diplomové práce bylo představení širších souvislostí, principů a organizace péče o zdraví a vlivy na rozhodnutí o právní formě zdravotnických zařízení po roce 2003. Vývoj ekonomické situace po transformaci na akciovou společnost byl demonstrován na konkrétní nemocnici v Moravskoslezském kraji. Pro detailní analýzu byla vybrána Nemocnice v Bílovci, a.s., která prošla transformací z příspěvkové organizace na akciovou společnost k 1. 1. 2008.

V úvodu práce je uvedený cíl diplomové práce a hypotézy, která má práce potvrdit, popř. vyvrátit.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretickou částí se zabývá druhá kapitola. Ta se věnuje základní charakteristice zdravotnictví v České republice, vysvětluje pojem zdravotní péče, způsoby financování, zdroje a úhradové mechanismy. Popisuje třídící hlediska a funkce nemocnic ve zdravotnických zařízeních. S ohledem na zaměření práce je podstatná část teorie věnována rozdílům vyplývajícím z vybraných právních forem zdravotnických subjektů.

Praktická část je rozdělena do dvou kapitol. Třetí kapitola se zaměřuje na konkrétní zdravotnickou organizaci, a to Bíloveckou nemocnici, a. s. Po nástinu situace ve zdravotnictví Moravskoslezského kraje a představení dané nemocnice je proveden podrobný rozbor hospodaření nemocnice. Ten je rozčleněn v podkapitolách dle provozně-ekonomických ukazatelů, hospodářského výsledku a poměrové analýzy zadluženosti, likvidity, rentability a aktivity. Vývoj hospodaření byl zpracován za období deseti let od roku 2004 po rok 2013, kdy byly poměřovány výsledky čtyř let působnosti nemocnice jako příspěvkové organizace a šesti let v právní formě akciové společnosti. Obsahem čtvrté kapitoly je zhodnocení všech provedených analýz. Ty byly základem pro vyvozování závěrů, návrhů a doporučení, které by mohly vést k upevnění finančního zdraví organizace.

Tato práce si kladla za cíl zhodnotit finanční i nefinanční parametry hospodaření Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004 až 2013, kdy k 1. 1. 2008 došlo ke změně právní formy na akciovou společnost. Hodnoceno bylo celkem 26 parametrů, které byly srovnávány v čase a také s podobnými typy zdravotnických zařízení. Na základě analýz došlo k celkovému zhodnocení hospodářské situace nemocnice. K dosažení cíle diplomové práce

byly použity metody deskripce a komparace, pro zhodnocení ukazatelů byly aplikovány metody analýzy vývojových trendů, výpočty řetězových indexů, metody výpočtů poměrových ukazatelů, dedukce a syntézy.

Po vypracování diplomové práce a následném rozboru bylo zjištěno, že BNas učinila řadu pozitivních kroků, aby vylepšila svou ekonomickou situaci. Zlepšení dosáhla v obou ukazatelích zadluženosti a ve většině ukazatelů aktivity. V průběhu sledovaného období také snižovala průměrnou ošetrovací dobu pacientů, což má za následek zvýšení efektivity nemocnice. Lepších výsledků dosáhla také v celkovém hospodaření, neboť v posledních dvou letech nemocnice vykázala kladný hospodářský výsledek.

Dílčím cílem bylo identifikovat hlavní problémy nemocnice v oblasti hospodaření a navrhnout opatření, která by mohla vést ke stabilizaci či zlepšení ekonomické situace organizace. Po detailní analýze všech hodnocených parametrů byly zjištěny největší problémy v oblastech likvidity, klesá také procento využití lůžkového fondu. Také odměňování pracovníků nedosahuje průměrné výše s porovnáním k podobnému typu zařízení. U ukazatelů rentability je patrný pozitivní vývoj až v posledních dvou letech. Po provedených rozbořech byly učiněny závěry, které vedly k návrhům a doporučením pro zlepšení výsledků nemocnice v dalším období.

Na hospodaření však v průběhu deseti let měly vliv i faktory, které vedení nemocnice nemohlo ovlivnit, neboť působily zvenčí. Jedná se o úpravy v legislativě, v normách a vyhláškách, úpravy mezd, zavedení regulačních poplatků. Centrálními orgány veřejné správy byl vyvíjen tlak na restrukturalizaci a zvýšení efektivity nemocnic. Tato nařízení byla závazná pro všechna zdravotnická zařízení, bez ohledu na právní formu. Vzhledem k těmto proměnným podmínkám nelze s určitostí zhodnotit, zda transformace na akciovou společnost přinesla pozitivní či negativní dopad na hospodaření organizace. Nelze také říci, že pouhá změna právní formy ovlivňuje hospodaření natolik, aby sama o sobě zapříčinila pozitivní výsledky hospodaření. Hlavní změna po přechodu na akciovou společnost je především ve větší odpovědnosti a odbornosti managementu nemocnice, v transparentním vedení účetnictví, možnosti financování z úvěrů a půjček. Důležitým prvkem je možnost flexibilnějšího odměňování zaměstnanců a jejich větší motivace na dosahování stanovených cílů. Podstatnou změnou pro Moravskoslezský kraj je, že nemocnice hospodář pouze se svými prostředky a neodčerpává příspěvky na provoz z jeho rozpočtu.

Přestože se změnila právní forma, jediným vlastníkem nemocnice je i po transformaci Moravskoslezský kraj. Nemocnice tak zůstává v rukou veřejného subjektu, což je zárukou dostupnosti zdravotních služeb.

Hypotéza stanovená na začátku práce, která zněla, že v rámci sledovaných let 2004-2013 došlo ke snížení průměrné ošetrovací doby pacientů, byla potvrzena. Průměrná doba ošetření byla po dobu působení organizace jako příspěvkové organizace 11,70 dní, po transformaci činila průměrně 10,42 dny.

Druhá hypotéza měla potvrdit či vyvrátit, že po přechodu organizace na a. s. se zvýšilo procento využití kapacity lůžkového fondu. Tato hypotéza se nepotvrdila. Lůžkový fond v letech 2004-2007 činil 87,3 %, po přechodu na akciovou společnost dosahoval průměrně 82,3 %.

Zdroji a prameny informací, kterých bylo využito, byla především odborná literatura a právní rámec zaměřený na problematiku zdravotnictví platný k 1. 4. 2015. Podkladem pro zpracování analýz byly zejména finanční výkazy a výroční zprávy zdravotnického zařízení v letech 2004-2013, statistické údaje z internetových databází ÚZIS ČR a OECD, ale také osobní konzultace s pracovníky Bílovecké nemocnice, a.s. a Krajského úřadu Moravskoslezského kraje.

Diplomová práce byla koncipována tak, aby přinesla praktický užitek. Může být přínosem managementu Bílovecké nemocnice a.s. či jejímu zakladateli, Moravskoslezskému kraji. Výsledků práce mohou využít jako prvotních podkladů pro vypracování hlubší studie, která upevní hospodářskou stabilitu nemocnice.

Seznam použité literatury

Knihy:

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. BUSSE, Reinhard et al. *Diagnosis-Related Groups in Europe*. Berkshire: Open University Press UK, 2011. 490 s. ISBN-13 978-0-33-524-557-4.
3. DLUHOŠOVÁ, Dana a kol. *Finanční řízení a rozhodování podniku*. 3. rozš. vyd. Praha: EKOPRESS, 2010. 225 s. ISBN 978-80-86929-68-2.
4. DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská Univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
5. GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
6. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
7. KNÁPKOVÁ, A., D. PAVELKOVÁ a K. ŠTEKER. *Finanční analýza: komplexní průvodce s příklady*. 2. Rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 236 s. ISBN 978-80-247-4456-8.
8. KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 5., přepracované a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 544 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
9. MAATYOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
10. OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance. Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada, 2010. 261 s. ISBN 978-80-247-3228-2.
11. POSPÍŠIL, Petr a kol. *Právníkové osoby obcí a krajů*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. 280 s. ISBN 978-80-7357-982-1.

Legislativní prameny:

12. České účetní standardy pro účetní jednotky, které účtují podle vyhlášky č. 500/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů In: *Finanční zpravodaj ČR*. 2014, č. 1, 1/2014, s. 12 - 35. Dostupné také z: http://www.kacr.cz/file/1888/CUS_2014_500_2002.pdf

13. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb ze dne 29. 8. 2012, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2010, částka 110, s. 3986-3992. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=307~2F2012&rpp=15#seznam>
14. Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě ze dne 6. 12. 2006, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2006, částka 184, s. 7706-7717. Dostupné také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=564/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
15. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí ze dne 6. 12. 2006, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2006, částka 184, s. 7739-7775. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63267&nr=567~2F2006&rpp=15#local-content>
16. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ze dne 15. 3. 2012, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2012, částka 36, s. 1522-1603. Dostupná také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=92~2F2012&rpp=15#seznam>
17. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ze dne 22. 3. 2012, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2012, částka 39, s. 1687-1730. Dostupná také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2012/039-2012.pdf>
18. Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 ze dne 17. 12. 2014, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2014, částka 129, s. 4034 - 4127. Dostupná také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c324/2014-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a_9871_11.html. ISSN 1211-1244.
19. Vyhláška č. 326/2014 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ze dne 17. 12. 2014, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2014, částka 129, s. 4130-4169. Dostupná také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2014/129-2014.pdf>. ISSN 1211-1244.
20. Vyhláška č. 500/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou

podnikateli účtujícími v soustavě podvojného účetnictví, ze dne 06. 11. 2002, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2002, částka 174, s. 9690-9721. Dostupná také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2002/174-2002.pdf>

21. Zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., ze dne 16. 12. 1992. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, s. 17-23. Dostupný také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>. ISSN 1211-1244.
22. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ze dne 7. 3. 1997, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2010, částka 16, s. 1186-1264. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1997/016-1997.pdf>
23. Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích) ze dne 25. 1. 2012, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2012, částka 34, s. 1370-1488. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2012/034-2012.pdf>. ISSN 1211-1244
24. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ze dne 4. 2. 2004, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2004, částka 30, s. 1452-1480. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2004/030-2004.pdf>
25. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ze dne 19. 3. 1992, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 1992, částka 35, s. 915-923, zrušen od 01. 04. 2012, nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1992/035-1992.pdf>
26. Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územního rozpočtu ze dne 7. 7. 2000, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2000, částka 73, s. 3557-3568. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2000/073-2000.pdf>
27. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ze dne 14. 7. 2000, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2000, částka 74, s. 3622-3664. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2000/074-2000.pdf>
28. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách ze dne 28. 4. 1992, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 1992, částka 58, s. 1579-1582. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1992/058-1992.pdf>

29. Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ze dne 13. 6. 2002, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2002, částka 106, s. 6130-6139. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2002/106-2002.pdf>
30. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 06. 11. 2011, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf>. ISSN 1211-1244.
31. Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách ze dne 06. 11. 2011, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4731-4838. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=405>. ISSN 1211-1244.
32. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě ze dne 06. 11. 2011, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 2011, částka 131, s. 4839-4848. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf>. ISSN 1211-1244.
33. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky ze dne 6. 12. 1991, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 1991, částka 104, s. 2728-2731. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1991/104-1991.pdf>
34. Zákon č. 563/1991 Sb. o účetnictví ze dne 12. 12. 1991, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 1991, částka 107, s. 2802-2810. Dostupný také z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1991/107-1991.pdf>
35. Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ze dne 20. 11. 1992, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů a sbírka mezinárodních smluv*. 1992, částka 117, s. 3473-3700. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=40374&nr=586~2F1992 &rpp=15#local-content>

Elektronické zdroje:

36. Akciové společnosti a příspěvkové organizace ve zdravotnictví. In: *Ekonomika a management* [online] Ing. Hana Vávrová Ph.D., vydání 4, 2008 [21. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.ekonomikaamanagement.cz/cz/clanek-akciove-spolecnosti-a-prispevkove-organizace-ve-zdravotnictvi.html>

37. Historie Bílovecké nemocnice, a.s. In: *Bílovecká nemocnice, a.s.* [online] Historie [14. 6. 2014]. Dostupné z: <http://cms.nvb.cz/www/cl-830/15-historie/>
38. Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci lůžkového fondu za účelem jeho optimalizace. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online] Tiskové zprávy 2012 [15. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/memorandum-zdravotnich-pojistoven-a-restrukturalizaci-luzkoveho-fondu-za-ucelem-_6414_1.html
39. OECD Statistics Extracts. In: *OECD, Main Indicators* [online] Total current expenditure HC.1-HC.9 (Individual and collective health care) [20.2.2015]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>
40. Poskytovatelé zdravotních služeb In: *Moravskoslezský kraj* [online] Adresáře zdravotnických služeb [14. 6. 2014]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_06.html
41. Výpis obchodního rejstříku. In: *Obchodní rejstřík* [online] Bílovecká nemocnice, a.s. [14. 6. 2014]. Dostupné z <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-vypis?subjektIdisor%3a800005345&typ=full&klic=dgu4z8>
42. Výroční zprávy. In: *Bílovecká nemocnice, a.s.* [online] Výroční zprávy [14. 6. 2014]. Dostupné z: <http://cms.nvb.cz/www/cl-830/17-vyrocnizpravy/>
43. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.* [online] Regulační poplatky [4. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>
44. Zdravotní ústavy In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online] Zdravotní ústavy [4. 7. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravotni-ustavy_1204_5.html
45. Zdravotnická zařízení. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online] Nemocnice [12. 6. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>
46. Žebříček českých nemocnic 2014 dle jejich finančního zdraví (výsledky za rok 2013) In: *HealthCare Institute* [online] Nejlepší nemocnice [10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/>

Seznam zkratek

a.s.	akciová společnost
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BNas	Bílovecká nemocnice, a. s.
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CZ	cizí zdroje
ČSČK	Československý červený kříž
DHaNM	Dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek
DRG	Diagnosis-related group (Skupiny vztažené k diagnóze)
EAT	Čistý zisk po zdanění
EBIT	Čistý zisk před zdaněním
EEG	Elektroencefalograf
fin.	finanční
HDP	Hrubý domácí produkt
IR-DRG	International Refined Diagnostic-Related Group (Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze)
IT	informační technologie
JIP	jednotka intenzivní péče
maj.	majetek
mat.	materiál
medic.	medicinální
mil.	milion
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NP	následná péče

OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj)
PO	požární ochrana
p. o.	příspěvková organizace
přepočt.	přepočtený
RDG	radiodiagnostické pracoviště
ROA	rentabilita celkového kapitálu
ROE	rentabilita vlastního kapitálu
ROS	rentabilita tržeb
SaZP	sociální a zdravotní pojištění
Sb.	sbírka
tis.	tisíc
ÚSC	územně samosprávný celek
ÚZIS ČR	Ústav pro zdravotnické informace a statistiku České republiky
VK	vlastní kapitál
vyhl.	vyhláška
VZP ČR	Veřejná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPBD	zdravotnický pracovník bez odborného dohledu

Seznam tabulek

Tab. 3.1 Poskytovatelé zdravotních služeb zřízených a založených Moravskoslezským krajem

Tab. 3.2 Provozně-ekonomické ukazatele Nemocnice v Bílovci, p. o., v letech 2004-2007

Tab. 3.3 Provozně-ekonomické ukazatele v Bílovecké nemocnici, a.s. v letech 2008-2013

Tab. 3.4 Ukazatele zadluženosti Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Tab. 3.5 Ukazatele likvidity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Tab. 3.6 Ukazatele rentability Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Tab. 3.7 Ukazatele aktivity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013 (v tis. Kč)

Seznam schémat a grafů

Schéma 3.1 Organizační struktura Bílovecké nemocnice, a. s.

Obr. 4.1 Hlavní provozně-ekonomické ukazatele Bílovecké nemocnice, a. s. v letech
2004-2013

Obr. 4.2 Průměrná ošetrovací doba ve dnech v Bílovecké nemocnici, a. s. v letech 2004-2013

Obr. 4.3 Náklady, výnosy a hospodářský výsledek Bílovecké nemocnice, a. s. v letech
2004-2013

Obr. 4.4 Ukazatele zadluženosti Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

Obr. 4.5 Ukazatele likvidity Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

Obr. 4.6 Ukazatele rentability Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

Obr. 4.7 Ukazatele aktivity – obrat aktiv Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

Obr. 4.8 Ukazatele aktivity – doba obratu Bílovecké nemocnice, a.s. v letech 2004-2013

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 22. 4. 2015



Bc. Monika Herrmannová

Seznam příloh

Příloha č. 1 Hlavní rozdíly mezi příspěvkovými organizacemi a akciovými společnostmi, zakládanými vyššími územně samosprávnými celky.

Příloha č. 2 Výčet poskytované zdravotní péče Nemocnice v Bílovci, a. s. v letech 2004-2013.

Příloha č. 3 Výnosy Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

Příloha č. 4 Náklady Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

Příloha č. 5 Výnosy Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

Příloha č. 6 Náklady Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

Příloha č. 7a Hospodářský výsledek Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

Příloha č. 7b Hospodářský výsledek Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

Příloha č. 8 Souhrn hodnocených ukazatelů Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013.

Příloha č. 1 Hlavní rozdíly mezi příspěvkovými organizacemi a akciovými společnostmi, zakládanými vyššími územně samosprávnými celky

Parametry	Příspěvková organizace (zřizovatel kraj)	Akciová společnost (zakladatel kraj)
Legislativa	Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů	Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních korporacích
Účel založení	příspěvková organizace ÚSC založená pro poskytování veřejné služby	právnícká osoba založená za účelem podnikání
Zakladatel / zřizovatel	zřizovatelem je ÚSC	zakladatelem právnická osoba (ÚSC)
Založení / zřízení	na základě zřizovací listiny, kterou o vzniku p. o. vydává zřizovatel	zakladatelská listina podepsaná všemi zakladateli, přijetí stanov zakladateli
Zrušení a zánik	příspěvková organizace se ruší po rozhodnutí zastupitelstva kraje	Společnost se zruší po uplynutí doby, dosažením účelu, rozhodnutím společníků či orgánu společnosti, rozhodnutím soudu, v důsledku přeměny společnosti a zrušením konkursu po splnění rozvrhového usnesení. Společnost zaniká dnem, kdy je vymazána z obchodního rejstříku. Tomuto zániku předchází zrušení s likvidací či bez ní.
Orgány společnosti	zastupitelstvo kraje: zřizuje a ruší p. o., schvaluje jejich zřizovací listiny	statutárním zástupcem je volené představenstvo (správní rada)
	nejvyšším orgánem je rada ÚSC, plní úkoly zřizovatele	valná hromada – shromáždění všech akcionářů, nejvyšší orgán akciové společnosti
	rozdělení činnosti na hlavní a doplňkovou, hlavní nesmí být ztrátová	nesleduje odděleně činnosti
Hospodaření	organizace je napojena na jednu stranu rozpočtu (příjmovou či výdajovou) a z rozhodnutí zřizovatele o výši příspěvku dostává z rozpočtu příspěvek nebo odvádí stanovený odvod	základní kapitál min. 2 miliony Kč v případě a. s. bez veřejné nabídky akcií
	hospodaření p. o. se řídí rozpočtem, který musí být sestaven jako vyrovnaný	společnost může vykazovat ztrátu
Majetek	p.o. může uzavírat smlouvy o půjčce nebo úvěru jen s předchozím souhlasem zřizovatele. Příspěvkové organizace krajů nemohou jim do správy svěřený majetek svého zřizovatele samy pronajímat nebo vypůjčovat	samostatný subjekt, odpovídá za své závazky celým svým majetkem, majetek vlastní, může využívat vlastní i cizí zdroje
Investice	příspěvkem z rozpočtu ÚSC	navýšením základního kapitálu, tvorbou zisku
Odpisy majetku	majetek nelze daňově odepisovat (jen účetně)	Majetek lze daňově odepisovat, daňový základ může organizace snížit o daňové odpisy
Fondy	povinně vytváří: rezervní fond, investiční fond, fond odměn, fond sociálních a kulturních potřeb, zůstatky z těchto fondů se převádějí do následujícího roku	tvoření fondů není povinné
Platy/mzdy	platové třídy na základě nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	mzdy dle zákona č. 262/2006 Sb. (zákoník práce) a nařízení vlády č. 567/2006 Sb.

Zdroj: Rešerše odborné literatury, vlastní zpracování.

Příloha č. 2 Výčet poskytované zdravotní péče Nemocnice v Bílovci, a. s. v letech 2004-2013

Výčet poskytované zdravotní péče	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
gynekologická ambulance	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗
všeobecná chirurgická ambulance, vč. úrazové	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
poradna pro léčbu chronických ran	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ortopedická ambulance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗
všeobecná interní ambulance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
gastroenterologická ambulance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
kardiologická ambulance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
podiatrická ambulance	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
diabetologická ambulance	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
anesteziologické oddělení	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
radiodiagnostické oddělení	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EEG laboratoř	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗
dětská kardiologická ambulance	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗
rehabilitační ambulance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
oddělení následné péče	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Příloha č. 3 Výnosy Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

VÝNOSY BNas V LETECH 2004-2007	řádek	2004	2005/ 2004	2005	2006/ 2005	2006	2007/ 2006	2007	2008/ 2007
Tržby za prodané zboží	1	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	163,77	5,01 %
(ř.1/ ř. 18)		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,17 %	
Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb	2	91 963,53	-0,36 %	91 629,02	7,60 %	98 594,07	-4,40 %	94 259,48	12,68 %
(ř.2/ ř. 18)		94,63 %		95,48 %		94,68 %		96,18 %	
z toho: tržby od VZP	3	64 582,46	-5,05 %	61 318,58	11,38 %	68 297,83	-100,00 %	0,00	
tržby od ostatních ZP	4	27 269,53	10,70 %	30 187,09	-0,89 %	29 919,69	-100,00 %	0,00	
ostatní výnosy	5	111,54	10,59 %	123,35	205,27 %	376,55	-100,00 %	0,00	
Aktivace a změna stavu zásob	6	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Provozní dotace	7	1 940,10	-15,93 %	1 630,99	-58,92 %	670,00	19,55 %	801,00	-100,00 %
(ř.7/ ř. 18)		2,00 %		1,70 %		0,64 %		0,82 %	
z toho: příspěvek na provoz od zřizovatele	8	1 940,10	-15,93 %	1 630,99	-58,92 %	670,00	19,55 %	801,00	-100,00 %
dotace získané z jiných veřejných rozpočtů	9	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
dotace získané z fondů EU	10	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu	11	438,94	-99,24 %	3,35	1599,10 %	56,92	-66,34 %	19,16	-100,00 %
(ř.11/ ř. 18)		0,45 %		0,00 %		0,05 %		0,02 %	
Zúčtování zákonných rezerv a opravných položek	12	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Tržby z prodeje cenných papírů	13	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Výnosy z dlouhodobého a krátkodobého finančního majetku	14	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Finanční výnosy vč. úroků	15	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Ostatní mimořádné výnosy	16	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Ostatní výnosy	17	2 843,92	-5,02 %	2 701,12	78,10 %	4 810,81	-42,59 %	2 761,67	5,51 %
(ř.17/ ř. 18)		2,93 %		2,81 %		4,62 %		2,82 %	
VÝNOSY CELKEM	18	97 186,49		95 964,48		104 131,80		98 005,08	

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Příloha č. 4 Náklady Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

NÁKLADY BNas V LETECH 2004-2007	řádek	2004	2005/ 2004	2005	2006/ 2005	2006	2007/ 2006	2007	2008/ 2007
Prodané zboží	19	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	123,56	-93,96 %
(ř.19/ ř. 37)		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,11 %	
Spotřeba materiálu	20	14 734,15	30,05 %	19 161,71	-9,89 %	17 265,80	5,71 %	18 251,90	3,81 %
(ř.20/ ř. 37)		15,17 %		20,00 %		16,95 %		16,77 %	
z toho: léčiva vč. medic. plynů	21	6 464,64	3,47 %	6 688,96	-5,60 %	6 314,06	-100,00 %	0,00	0,00 %
speciální zdravotnický materiál	22	4 070,75	9,20 %	4 445,43	-31,77 %	3 033,11	-100,00 %	0,00	0,00 %
krev a krevní výrobky	23	757,86	-4,56 %	723,31	-6,81 %	674,02	-100,00 %	0,00	0,00 %
potraviny a tekutiny pro pacienty	24	417,01	680,88 %	3 256,34	-6,14 %	3 056,50	-100,00 %	0,00	0,00 %
Spotřeba energie	25	3 627,48	22,72 %	4 451,73	15,45 %	5 139,53	5,03 %	5 398,05	1,34 %
(ř.25/ ř. 37)		3,74 %		4,65 %		5,04 %		4,96 %	
Služby	26	11 144,29	-46,66 %	5 944,35	14,43 %	6 802,07	29,37 %	8 799,90	37,65 %
(ř.26/ ř. 37)		11,48 %		6,20 %		6,68 %		8,08 %	
Mzdové náklady vč. SaZP a sociálních nákladů	27	58 059,04	1,27 %	58 799,05	15,18 %	67 722,40	5,79 %	71 644,53	-5,40 %
(ř.27/ ř. 37)		59,78 %		61,36 %		66,48 %		65,82 %	
Daně a poplatky	28	11,10	-34,23 %	7,30	-1,37 %	7,20	83,19 %	13,19	436,24 %
(ř.28/ ř. 37)		0,01 %		0,01 %		0,01 %		0,01 %	
Odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku	29	5 366,74	-4,27 %	5 137,53	-44,66 %	2 843,10	18,52 %	3 369,74	-16,06 %
(ř.29/ ř. 37)		5,53 %		5,36 %		2,79 %		3,10 %	
Zůstatková cena prodaného DHaNM, prodaný majetek	30	496,42	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Tvorba zákonných rezerv a opravných položek	31	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Prodané cenné papíry a podíly	32	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Ostatní náklady	33	3 749,39	-77,20 %	854,92	13,77 %	972,68	28,51 %	1 249,95	-19,92 %
(ř.33/ ř. 37)		3,86 %		0,89 %		0,95 %		1,15 %	
Daň z příjmů	34	-74,29	-2074,10 %	1 466,56	-23,52 %	1 121,64	-100,00 %	0,00	0,00 %
Finanční náklady vč. úroků	35	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
Škody, ostatní mimořádné náklady	36	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
NÁKLADY CELKEM	37	97 114,32		95 823,15		101 874,42		108 850,82	

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Příloha č. 5 Výnosy Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

VÝNOSY BNas V LETECH 2008-2013	řádek	2008/ 2007	2008	2009/ 2008	2009	2010/ 2009	2010	2011/ 2010	2011	2012/ 2011	2012	2013/ 2012	2013
Tržby za prodané zboží	1	5,01 %	8,20	0,00 %	0,00	0,00%	204,18	229,68 %	468,97	1,11 %	5,21	79,46 %	4,14
(ř.1/ ř. 18)			0,01 %		0,00 %		0,17 %		0,32 %		0,00 %		0,00 %
Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb	2	12,68 %	106 215	8,00 %	114 710	-1,59%	112 890	8,01 %	121 931	-5,88 %	114 766	-6,23 %	107 617
(ř.2/ ř. 18)			97,31 %		98,15 %		94,32 %		82,61 %		60,56 %		63,36 %
z toho: tržby od VZP	3		-		-		-		-		-		-
tržby od ostatních ZP	4		-		-		-		-		-		-
ostatní výnosy	5		-		-		-		-		-		-
Aktivace a změna stavu zásob	6	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Provozní dotace	7	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
(ř.7/ ř. 18)			0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %
z toho: příspěvek na provoz od zřizovatele	8	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
dotace získané z jiných veřejných rozpočtů	9	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
dotace získané z fondů EU	10	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Tržby z prodeje dlouh. maj. a mat.	11	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
(ř.11/ ř. 18)			0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %		0,00 %
Zúčtování zákonných rezerv a opravných položek	12	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Tržby z prodeje cenných papírů	13	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Výnosy z dlouh. a krátkod. fin. maj.	14	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00%	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Finanční výnosy vč. úroků	15	0,00 %	0,51	0,00 %	0,26	-53,85%	0,12	16,67 %	0,14	628,57 %	1,02	91,18 %	1,95
Ostatní mimořádné výnosy	16	0,00 %	8,31	0,00 %	7,46	-3937,94%	-286,31	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Ostatní výnosy	17	5,51 %	2 913,88	-26,23 %	2 149,69	220,12%	6 881,59	266,22 %	25 201,70	196,53 %	74 730,47	-16,74 %	62 221,07
(ř.17/ ř. 18)			2,67 %		1,84 %		5,75 %		17,07 %		39,44 %		36,63 %
VÝNOSY CELKEM	18		109 145,46		116 867,64		119 689,52		147 601,48		189 502,20		169 844,36

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Příloha č. 6 Náklady Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

NÁKLADY BNas V LETECH 2008-2013	řádek	2008/ 2007	2008	2009/ 2008	2009	2010/ 2009	2010	2011/ 2010	2011	2012/ 2011	2012	2013/ 2012	2013
Prodané zboží	19	-93,96 %	7,46	-100,00 %	0,00	100,00 %	181,76	87,89 %	341,50	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00
(ř.19/ ř. 37)			0,01 %		0,00 %		0,14 %		0,23 %		0,00 %		0,00 %
Spotřeba materiálu	20	3,81 %	18 947	13,60 %	21 523	3,26 %	22 225	-9,01 %	20 222	-12,63 %	17 667	-0,62 %	17 558
(ř.20/ ř. 37)			17,49 %		18,47 %		16,79 %		13,60 %		9,33 %		10,35 %
z toho: léčiva vč. medic. plynů	21	0,00 %	7 812,73	9,00 %	8 515,85	-4,80 %	8 106,86	-14,44 %	6 936,04	-2,34 %	6 773,94	1,34 %	6 864,58
speciální zdravotnický materiál	22	0,00 %	4 606,00	13,36 %	5 221,44	8,96 %	5 689,37	-24,02 %	4 323,01	-23,09 %	3 324,79	-3,51 %	3 208,04
krev a krevní výrobky	23	0,00 %	715,11	33,56 %	955,07	-10,69 %	852,93	-7,09 %	792,43	-4,35 %	757,98	-1,97 %	743,08
potraviny a tekutiny pro pacienty	24	0,00 %	3 537,90	5,27 %	3 724,34	10,49 %	4 115,13	13,39 %	4 666,34	-25,68 %	3 468,12	-0,89 %	3 437,34
Spotřeba energie	25	1,34 %	5 470,23	5,72 %	5 782,91	-2,79 %	5 621,40	-9,82 %	5 069,27	-7,03 %	4 712,73	-2,78 %	4 581,89
(ř.25/ ř. 37)			5,05 %		4,96 %		4,25 %		3,41 %		2,49 %		2,70 %
Služby	26	37,65 %	12 113,04	-5,82 %	11 408,45	13,96 %	13 000,67	12,63 %	14 642,95	-15,43 %	12 383,34	-24,95 %	9 294,07
(ř.26/ ř. 37)			11,18 %		9,79 %		9,82 %		9,85 %		6,54 %		5,48 %
Mzdové náklady vč. SaZP a sociálních nákladů	27	-5,40 %	67 778,92	9,25 %	74 049,46	9,72 %	81 248,24	0,55 %	81 694,26	-2,41 %	79 729,06	-8,21 %	73 182,50
(ř.27/ ř. 37)			62,57 %		63,55 %		61,39 %		54,94 %		42,11 %		43,12 %
Daně a poplatky	28	436,24 %	70,73	7,80 %	76,25	29,69 %	98,89	-13,66 %	85,38	-14,17 %	73,28	104,03 %	149,51
(ř.28/ ř. 37)			0,07 %		0,07 %		0,07 %		0,06 %		0,04 %		0,09 %
Odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku	29	-16,06 %	2 828,58	1,70 %	2 876,76	119,63 %	6 318,15	-33,16 %	4 223,22	17,90 %	4 979,00	-12,78 %	4 342,52
(ř.29/ ř. 37)			2,61 %		2,47 %		4,77 %		2,84 %		2,63 %		2,56 %
Zůstatková cena prodaného. DHaNM, prodaný majetek	30	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Tvorba zákonných rezerv a opravných položek	31	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Prodané cenné papíry a podíly	32	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
Ostatní náklady	33	-19,92 %	1 000,92	-30,06 %	700,00	259,72 %	2 518,01	775,29 %	22 039,95	214,40 %	69 294,42	-13,86 %	59 691,67
(ř.33/ ř. 37)			0,92 %		0,60 %		1,90 %		14,82 %		36,60 %		35,17 %
Daň z příjmů	34	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	-2 236,98	-100,00 %	0,00	0,00 %	-117,65	-443,74 %	404,41
Finanční náklady vč. úroků	35	0,00 %	73,79	49,36 %	110,21	95,11 %	215,03	71,27 %	368,29	63,34 %	601,58	-14,94 %	511,73
Škody, ostatní mimořádné náklady	36	0,00 %	32,06	-100,00 %	0,00	0,00 %	3 164,59	-100,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00
NÁKLADY CELKEM	37		108 322,42		116 526,60		132 354,88		148 686,68		189 322,78		169 716,15

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.

Příloha č. 7a Hospodářský výsledek Nemocnice v Bílovci, p. o. v letech 2004-2007, v tis. Kč.

Proměnné	2004	2005	2006	2007
VÝNOSY CELKEM	97 186,49	95 964,48	104 131,80	98 005,08
NÁKLADY CELKEM	97 114,32	95 823,15	101 874,42	108 850,82
HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK CELKEM	72,17	141,33	2 257,38	-10 845,74

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a.s., vlastní zpracování.

Příloha č. 7b Hospodářský výsledek Bílovecké nemocnice, a.s. v letech 2008-2013, v tis. Kč.

Proměnné	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VÝNOSY CELKEM	109 145,46	116 867,64	119 689,52	147 601,48	189 502,20	169 844,36
NÁKLADY CELKEM	108 322,42	116 526,60	132 354,88	148 686,68	189 322,78	169 716,15
HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK CELKEM	823,04	341,04	-12 665,36	-1 085,20	179,42	128,21

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a.s., vlastní zpracování.

Příloha č. 8 Souhrn hodnocených ukazatelů Bílovecké nemocnice, a. s. v letech 2004-2013

Proměnné	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	průměr za p. o.	průměr za a. s.	doporučené trendy či hodnoty
Počet lůžek nemocnice	192	202	202	202	162	162	162	162	162	130	200	157	neurčeno
z toho počet lůžek akutní péče	82	82	82	82	82	82	82	82	82	50	82	77	neurčeno
z toho počet lůžek následné péče	110	120	120	120	80	80	80	80	80	80	118	80	neurčeno
Počet hospitalizovaných	2121	3985	1698	3593	2731	3693	3641	3280	3547	2984	2849	3313	neurčeno
Přepočt. počet zaměstnanců	227,49	226,67	218,27	213,02	213,36	215,15	241,12	239,02	203,08	190,16	221,36	216,98	neurčeno
Přepočt. počet lékařů v lůžkové části	13,70	11,80	13,70	17,60	15,30	17,50	16,50	14,50	14,60	12,60	14,20	15,17	Vyhl. 99/2012 Sb.
Přepočt. počet ZPBD v lůžkové části	60,46	63,40	61,20	70,70	42,60	52,90	53,80	55,69	50,70	40,55	63,94	49,37	Vyhl. 99/2012 Sb.
Obsazenost lůžka na lékaře	14,01	17,12	14,74	11,48	10,59	9,26	9,82	11,17	11,10	10,32	14,34	10,37	↗
Obsazenost lůžka na sestru (ZPBD)	3,18	3,19	3,30	2,86	3,80	3,06	3,01	2,91	3,20	3,21	3,13	3,20	↗
Počet ošetrovacích dnů	34 944	66 248	37 168	57 351	53 096	51 601	50 735	48 527	46 234	43 028	48 928	48 870	↘
Využití lůžek v % (obloženost)	88,7 %	94,5 %	83,0 %	89,6 %	90,1 %	87,3 %	83,0 %	77,7 %	68,4 %	87,3 %	89,0 %	82,3 %	↗
Průměrná ošetrovací doba ve dnech	12,58	9,88	13,51	10,83	10,69	10,91	10,74	9,98	10,25	9,94	11,70	10,42	↘
Průměrná mzda	15 699	15 554	18 279	19 220	16 642	16 990	17 850	18 795	21 600	20 219	17 188	18 683	Ø v oboru
Výnosy celkem	97 186	95 964	104 132	98 005	109 145	116 868	119 690	147 601	189 502	169 844	98 822	142 108	↗
Náklady celkem	97 114	95 823	101 874	108 851	108 322	116 527	132 355	148 687	189 323	169 716	100 916	144 155	↘
Hospodářský výsledek	72,2	141,3	2.257,4	-10.845,7	823,0	341,0	-12.665,4	-1.085,2	179,4	128,2	-2 093,7	-2 046,5	↗
Celková zadluženost	12,63 %	12,66 %	13,08 %	20,39 %	14,01 %	14,61 %	31,57 %	35,35 %	36,47 %	30,26 %	14,69 %	27,05 %	30 – 60 %
Míra zadluženosti	14,46 %	14,50 %	15,05 %	25,61 %	16,13 %	16,94 %	51,16 %	58,49 %	57,65 %	43,51 %	17,41 %	40,65 %	CZ < VK
Běžná likvidita	1,85	2,03	1,29	0,69	1,27	1,03	0,80	0,90	0,65	0,49	1,46	0,86	1,5 - 2,5
Pohotovlá likvidita	1,72	2,43	1,53	0,68	1,27	1,03	0,76	0,88	0,64	0,47	1,59	0,84	1 - 1,5
Okamžitá likvidita	0,65	1,27	0,47	0,25	0,64	0,27	0,06	0,03	0,02	0,04	0,66	0,18	0,2 - 0,5
Rentabilita tržeb	0,00 %	1,75 %	3,42 %	-11,49 %	0,77 %	0,30 %	-13,18 %	-0,89 %	0,05 %	0,50 %	-1,58 %	-2,07 %	> 0
Rentabilita celkového kapitálu	0,00 %	1,42 %	3,37 %	-9,68 %	0,95 %	0,39 %	-15,57 %	-1,13 %	0,07 %	0,63 %	-1,22 %	-2,44 %	↗
Rentabilita vlastního kapitálu	0,07 %	0,14 %	2,59 %	-12,16 %	1,10 %	0,45 %	-21,45 %	-1,47 %	0,31 %	0,22 %	-2,34 %	-3,47 %	↗
Obrat aktiv	0,81	0,81	0,99	0,84	1,23	1,32	1,18	1,27	1,24	1,26	0,86	1,25	> 1; ↗
Doba obratu zásob	3,34	6,19	6,07	0,37	12,83	0,00	3,41	1,09	1,15	1,16	3,99	3,27	1; ↘
Doba obratu pohledávek	60,65	65,29	50,55	37,79	25,97	30,56	51,42	58,22	47,02	27,76	53,57	40,16	↘
Doba obratu závazků	56,41	56,46	47,78	86,87	40,92	39,98	73,41	67,99	76,14	64,64	61,88	60,51	↘

Zdroj: Výroční zprávy Bílovecké nemocnice, a. s., vlastní zpracování.